



universität  
wien

## Diplomarbeit

# Die Effekte von Hara – Shiatsu auf die Lebenszufriedenheit von Menschen mit Bulimia nervosa

Carina Markes

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im Mai 2012

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Dr. Mag. Waldherr Karin

## **Danksagung:**

### **Ich möchte mich bedanken bei....**

- ..... Dr. Mag. Karin Waldherr für die nette und geduldige Betreuung.
- .....Helene Brandstetter für die inspirierende und gute Zusammenarbeit
- ..... Mag. Margit Hörndler von Sowhat, denn ohne ihren Zuspruch und ihre Unterstützung hätten wir diese Untersuchung nicht realisieren können.
- ..... Dem Team von Shiatsu praktikerinnen für ihren Gratiseinsatz, ohne ihre Hilfe hätten wir es in der Zeit nicht geschafft.
- .....Meiner Familie für ihre Unterstützung

Diese Arbeit möchte ich meinen Kindern Jana und Laurin widmen, die mich mit ihrem Lachen und ihrer Fröhlichkeit gelehrt haben, was Zufriedenheit wirklich bedeutet.

<b>EINLEITUNG</b> .....	<b>5</b>
<b>1. LEBENSZUFRIEDENHEIT</b> .....	<b>6</b>
1.1 WAS WIRD UNTER LEBENSZUFRIEDENHEIT VERSTANDEN? .....	6
1.2 DEFINITION .....	6
1.3 GESCHICHTE .....	8
1.4 „ENTSTEHUNG“ VON ZUFRIEDENHEIT .....	9
1.4.1 <i>Physiologie</i> .....	9
1.4.1.1 Lokalisation von Glück in der Hirnstruktur .....	9
1.4.1.2 Wohlbefindensrelevante physiologische Transmittersubstanzen .....	10
1.4.1.3 Einfluss der Psychotherapie auf die Gehirnstruktur .....	11
1.4.2 <i>Der Einfluss der Umwelt auf die Zufriedenheit</i> .....	12
1.5 DER EFFEKT VON GUTEN GEFÜHLEN .....	14
1.6 ZUFRIEDENHEITSMESSUNG .....	16
1.6.1 <i>Wie kann ich Wohlbefinden messen?</i> .....	16
1.6.2 <i>Probleme bei der Zufriedenheitsmessung</i> .....	18
1.7 PRAKTISCHE ANLEITUNGEN ZUM GLÜCKLICH SEIN .....	19
1.7.1 <i>Wie kann ich die Zufriedenheit langfristig steigern?</i> .....	19
1.7.2 <i>Praxisrelevanz in der Glücksforschung</i> .....	20
1.7.2.1 Subjektorientierte Glückstherapie.....	20
1.7.2.2 Kognitive Therapie .....	21
1.7.2.3 Meditationsansatz .....	23
<b>2. SHIATSU</b> .....	<b>24</b>
2.1 GESCHICHTE UND PHILOSOPHIE: .....	25
2.2 WAS IST SHIATSU?.....	25
2.2.1 <i>Definition laut dem Dachverband für Shiatsu</i> .....	25
2.2.2 <i>Hara-Shiatsu:</i> .....	26
2.3 TECHNIKEN DES SHIATSU:.....	26
2.4 WIRKUNG VON SHIATSU .....	27
2.5 GRUNDLAGEN DER CHINESISCHEN MEDIZIN .....	28
2.5.1 <i>Yin und Yang</i> .....	28
2.5.2 <i>Qi, die Lebensenergie</i> .....	30
2.5.3 <i>Die fünf Elemente</i> .....	31
2.5.4 <i>Das Energiesystem</i> .....	34
2.6 PSYCHOSOMATIK IN DER CHINESISCHEN MEDIZIN .....	35
2.7 WIE WIRKT SHIATSU IN BEZUG AUF DAS KRANKHEITSBILD DER BULIMIE .....	36
2.7.1 <i>Behandlungsplan</i> .....	39
<b>3. BULIMIA NERVOSA</b> .....	<b>39</b>
3.1 KLASSIFIKATION .....	40
3.1.1 <i>Somatische Befunde</i> .....	41
3.1.2 <i>Psychische Befunde</i> .....	42
3.1.3 <i>Soziodemographische Befunde</i> .....	43
3.2 ÄTIOLOGIE VON ESSSTÖRUNGEN.....	43
3.3 LEBENSZUFRIEDENHEIT BEI ESSSTÖRUNGEN UND IM SPEZIELLEN BEI BULIMIA NERVOSA .....	45
3.4 THERAPIE .....	47
<b>4. ZIELSETZUNG UND FRAGESTELLUNGEN</b> .....	<b>53</b>
4.1 HAUPTFRAGESTELLUNGEN:.....	53
4.1.1 <i>Weitere Fragestellungen</i> .....	54
<b>5. DESIGN</b> .....	<b>54</b>
<b>6. DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG</b> .....	<b>55</b>
6.1 PLANUNGSPHASE.....	55
6.1.1 <i>Kontaktaufnahme mit Sowhat</i> .....	55
6.1.1.1 Überblick über „Sowhat“ und die Behandlungsmethoden .....	56

6.1.2 Rekrutierung der Stichprobe .....	57
6.1.3 Ablauf und Organisatorisches.....	57
6.1.4 Ablauf der Shiatsu-Behandlungen: .....	58
<b>7. BESCHREIBUNG DES FRAGEBOGENS.....</b>	<b>58</b>
7.1 EINLEITUNG:.....	58
7.2 SOZIODEMOGRAPHISCHER TEIL.....	59
7.3 FRAGEN ZUR ESSSTÖRUNG .....	59
7.4 FRAGEN ZUM KÖRPERLICHEN UND PSYCHISCHEN ALLGEMEINZUSTAND .....	59
7.5 ZUR ERFASSUNG DER LEBENSZUFRIEDENHEIT: .....	60
7.6 QUALITATIVER TEIL .....	61
<b>8. STICHPROBENBESCHREIBUNG .....</b>	<b>62</b>
8.1 DEMOGRAPHISCHE DATEN .....	62
8.1.1 Alter: .....	62
8.1.2 Geschlecht: .....	62
8.1.3 Familienstand: .....	62
8.1.4 Wohnsituation: .....	62
8.1.5 Beruf: .....	63
8.1.6 Dauer der bereits erhaltenen Behandlungen:.....	63
8.1.7 Behandlungsart: .....	63
8.1.8 Erfahrung mit Körpertherapien: .....	63
8.2 SYMPTOME DER BULIMIA NERVOSA:.....	64
8.2.1 Häufigkeit der Fressanfälle .....	64
8.2.2 Häufigkeit des Erbrechens .....	64
<b>9. STATISTISCHE AUSWERTUNG .....</b>	<b>65</b>
9.1 AUSWIRKUNGEN VON HARA-SHIATSU AUF DAS STÖRUNGSBILD DER BULIMIA NERVOSA.....	65
9.1.1 Häufigkeiten .....	66
9.2 AUSWIRKUNGEN VON HARA-SHIATSU AUF DEN KÖRPERLICHEN UND SEELISCHEN ALLGEMEINZUSTAND .....	67
9.2.1 Häufigkeiten .....	68
9.2.2 Varianzanalyse mit Messwiederholungen .....	70
9.2.3 Zusammenfassung:.....	80
9.3. AUSWIRKUNGEN VON HARA-SHIATSU AUF DIE LEBENSZUFRIEDENHEIT .....	81
9.3.1 Varianzanalyse mit Messwiederholungen .....	82
9.4 ZUSAMMENFASSUNG: .....	89
<b>10. QUALITATIVE AUSWERTUNG .....</b>	<b>89</b>
10.1 FESTLEGEN DES MATERIALS: .....	90
10.1.1 Fragen:.....	90
10.2 FRAGESTELLUNG DER ANALYSE .....	90
10.2.1 Ablaufmodell der Analyse .....	91
10.2.2 Bestimmung der Analysetechnik .....	91
10.2.3 Definition der Analyseeinheiten.....	91
10.3 KATEGORIENBILDUNG.....	91
10.3.1 Interpretation der gebildeten Kategorien.....	92
10.4 ZUSAMMENFASSUNG .....	95
<b>11. ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE .....</b>	<b>95</b>
<b>12.KRITIK:.....</b>	<b>97</b>
<b>13. DISKUSSION DER ERGEBNISSE .....</b>	<b>98</b>
<b>14. ZUSAMMENFASSUNG.....</b>	<b>101</b>
<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>103</b>

## Einleitung

Lebenszufriedenheit, Zufriedenheit mit sich selbst, im Einklang sein mit sich und der Welt. Solche und ähnliche Schlagworte werden immer präsenter und zum Wunsch oder Lebensinhalt vieler mit denen ich gesprochen habe. Dass der Wunsch nach einem zufriedenen Leben die breite Masse interessiert, lässt sich beim Durchblättern etlicher Magazine und Frauenzeitschriften erkennen. „Wie werde ich glücklich“, „10 Punkte zur Zufriedenheit“, „mehr Lebensqualität erlangen“ lese ich auf den Titelseiten. Es werden Tipps und Tricks beschrieben, um Angepriesenes auch zu erlangen. Dass es mit Aufwand und Arbeit an sich selbst verbunden ist, wird klar. Kaum jemandem fällt das Glück einfach so zu. Da geht's ans Eingemachte, die eigenen Denkmuster werden zerpflügt, an der inneren Einstellung muss gearbeitet werden, Sport kann nicht schaden...

Auch die Wissenschaft nimmt sich immer mehr diesem Thema an. Hier ist von Martin Seligmann die Rede, der dafür plädiert, sich nicht nur den seelisch Kranken anzunehmen, sondern auch die „ganz normalen“ Menschen ein wenig glücklicher zu machen. Seine Rede gilt als Gründungsmoment der Positiven Psychologie, deren erster Weltkongress im Frühjahr 2009 in Philadelphia stattfand. Seither befassen sich viele Studien mit dem Thema der Zufriedenheit in Bezug auf die verschiedensten Krankheitsbilder. Dieser positive Focus als Ansatzpunkt einer Therapie hat mich fasziniert und so beschloss ich, mich näher mit der Lebenszufriedenheit in Bezug auf Klientinnen mit Bulimia nervosa zu beschäftigen. Im Zuge meiner Ausbildung zur Shiatsu-Praktikerin und späteren Arbeit erlebte ich immer wieder die positiven Auswirkungen der Körperarbeit auf die Psyche. Viele sagen mir, sie seien jetzt viel fröhlicher, unternehmungslustiger, könnten ihre Meinung besser vertreten, sind offener und aufgeschlossener geworden. Durch meine Arbeit am Körper konnte ich auch ihre Seele berühren und sie so ein Stück weit auf ihrem Weg begleiten.

Ich möchte beschreiben, was unter Lebenszufriedenheit mit all ihren unterschiedlichen Facetten verstanden wird und wie man Glück theoretisch erlangen kann. Hierbei stellen Körpertherapien wie Shiatsu ein Hilfsmittel dar. Ich werde zunächst beschreiben, welche Philosophie Shiatsu zugrunde liegt und wie Shiatsu angewandt wird, besonders im Hinblick auf das Bild der Bulimia nervosa, welches ich skizzieren möchte, bevor ich im empirischen Teil der Arbeit auf die durchgeführte Studie eingehen werde.

# 1. Lebenszufriedenheit

## 1.1 Was wird unter Lebenszufriedenheit verstanden?

Bei meinen Recherchen zum Begriff Lebenszufriedenheit bin ich hauptsächlich auf Arbeiten im Bereich der Gerontologie gestoßen. Sehr viel mehr ließ sich zum Begriff „Glück“ finden. Eine Abgrenzung der verschiedenen Beschreibungen des „Sich-Wohlfühlens“ sowie zu dessen Voraussetzungen und Auswirkungen stellte sich als schwierig heraus, da in der Literatur verschiedene Konzepte entwickelt wurden, weshalb auch unterschiedliche Begriffe zur Beschreibung dieses psychischen Zustands verwendet werden.

Nach Fahrenberg, Myrtek, Schumacher und Brähler (2000) kann Lebenszufriedenheit in sechs verschiedene Komponenten unterteilt werden. Zunächst kann Lebenszufriedenheit nach der semantischen Akzentuierung beschrieben werden „z.B. Wohlbefinden, allgemeine Lebensqualität, Glück“. Als nächstes kann das Bezugssystem miteinbezogen werden, von dem aus die Lebenszufriedenheit betrachtet wird „individuell oder interindividuell vergleichend, Selbsteinstufung oder Fremdeinstufung“. Auch nach dem Umfang, in dem Lebenszufriedenheit erfasst wird, kann eine Unterscheidung in „globale Lebenszufriedenheit oder eine Differenzierung nach verschiedenen Lebensbereichen“ getroffen werden. Je nach Perspektive, bilanzierend rückblickend oder gegenwartsbezogen“, nach Zielsetzung der jeweiligen Studie „individuelle Beratung oder Therapie versus Sozialindikatorenforschung“ oder nach der Methode, mit der Lebenszufriedenheit erfasst wird „Selbstschilderung, normierter Fragebogen, etc.“ stellen eine Differenzierung dieses Begriffs dar.

Aufgrund der Vielfalt an Beschreibungen, möchte ich mich in dieser Arbeit nicht auf den Begriff der Lebenszufriedenheit beschränken, da ich die positive Hinwendung auf das eigene Leben und das Erlangen von Glück und Zufriedenheit in allen Aspekten erfassen will. So finden sich in diesem Abschnitt sämtliche Begriffe, die alle die Freude am Leben widerspiegeln.

## 1.2 Definition

Das Konzept der Lebenszufriedenheit ist nicht ausreichend definiert. Häufig werden Lebenszufriedenheit, subjektives Wohlbefinden und Lebensqualität gleichgesetzt. Es besteht jedoch Einigkeit darüber, dass kognitive und affektive Komponenten aller Lebensbereiche „z.B. Gesundheit, psychische Stabilität, soziale Beziehungen etc.“ zur Lebenszufriedenheit beitragen können (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler 2000, S.6).

Im angelsächsischen Sprachraum wird Lebenszufriedenheit häufig mit subjektivem Wohlbefinden (subjective well-being) gleichgesetzt. Es werden dabei oft vier Dimensionen unterschieden. (Lawrence & Liang 1998; Pavot, Diener, Colvin & Sandvik zit. in Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler 2000, S.5).

- „Lebenszufriedenheit (Kongruenz)“. Hierunter versteht man die Lebenszufriedenheit, die sich aus der Erfüllung begehrteter Lebensziele ergibt und stellt die kognitive Komponente des subjektiven Wohlbefindens dar.

- „Glück“. Glück bezieht sich auf den längerfristigen positiven affektiven Zustand und wird als die zeitlich ausgedehnte affektive Komponente des subjektiven Wohlbefindens bezeichnet.

- „Positiver Affekt“. Beschreibt ein vorübergehendes Gefühl von Freude und ist die positiv affektive Komponente des subjektiven Wohlbefindens.

- „Negativer Affekt“. Ist ein vorübergehendes Gefühl von Angst, Depression, Sorge und stellt die negative affektive Komponente dar.

Diese Dimensionen korrelieren miteinander, wobei sich in der Faktorenanalyse zweiter Ordnung der Faktor „subjektives Wohlbefinden“ ergibt (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler 2000, S.5). Auch in der Metaanalyse von DeNeve und Cooper (1998 zit. in Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler 2000, S.5) zum Zusammenhang von Persönlichkeitsdimensionen und subjektivem Wohlbefinden wurde mit diesen vier Dimensionen gearbeitet. Dabei stellen Lebenszufriedenheit und Glück gleichsam die Trait-Komponente des subjektiven Wohlbefindens dar und Positiver sowie Negativer Affekt bilden die State-Komponenten. Der zweite oft gebrauchte Begriff im Zusammenhang mit Lebenszufriedenheit ist die Lebensqualität (quality of life). Dieser Begriff wird meist ohne nähere Definition in ganz verschiedenen Zusammenhängen verwendet. O'Boyle und Waldron (1997 zit. in Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler 2000, S.5) sprechen von einem „amorphen Konstrukt“, das in vielen Disziplinen Verwendung findet – in der Geographie, Literatur, Philosophie, Wirtschaft, Politik, Werbung, Gesundheitserziehung, Medizin, und in den Sozialwissenschaften. Lebensqualität deckt sich in vielen Bereichen mit der Gesundheitsdefinition der WHO (Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens). Von der WHO (World Health Organisation) wird Lebensqualität als „die Wahrnehmung der Position des Individuums im Leben in Zusammenhang mit der jeweiligen Kultur und dem Wertesystem und in Beziehung zu den individuellen Zielen, Erwartungen, Standards und Befürchtungen“ definiert (Szabo 1996 zit. in Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler 2000, S.5). Lebensqualität bezieht sich dabei auf den

körperlichen, psychischen, sozialen, finanziellen, sexuellen, funktionalen und spirituellen Bereich.

### 1.3 Geschichte

Die Beschäftigung mit Glück und das Erlangen von Wohlbefinden hat eine lange Geschichte. Die Lehre von der Glückseligkeit geht weit in die Antike zurück. In der griechischen Philosophie der Antike war der Vorsokratiker Demokrit (ca. 470-370), der erste, der sich mit dem Thema beschäftigte. Vor seiner Zeit wurde Glück als Gabe der Götter angesehen und durch Reichtum, Ehre, Macht und Gesundheit symbolisiert (Mayring 1991, S.19). Demokrit überwand diese mythischen Abhängigkeiten, durch Klugheit, Besonnenheit und vernünftige Lebensführung (Mäßigung, Geringschätzung des Sinnesgenusses) sollte dem Schicksal (Tyche) ausgewichen werden. Auf diese Weise könne der Mensch Glückseligkeit selbst erreichen und wird als „geistige, bescheidene, heitere Zufriedenheit (ataraxia) des Gemütes“ beschrieben. Glück ist von diesem Zeitpunkt an nicht mehr durch äußere Güter verkörpert, sondern in der seelischen Haltung des Menschen begründet. Diese Auffassung der Glückseligkeitslehre (eudaimonia) wurde für die griechische Philosophie bestimmend (Mayring 1991, S.19). Dieses Gedankengut wurde von Aristoteles weitergeführt. Er setzte direkt an der menschlichen Praxis an und bestimmte Glück auf dreifache Weise:

- „1. Glück heißt, gut und richtig leben, tugendhaft tätig sein.
2. Glück ist das einzige Gut, das um seiner selbst angestrebt wird, also in sich das Ziel ist.
3. Glückliches Leben ist sich selbst genügend, ist ein vollendeter und selbstständiger Zustand; es müssen keine weiteren Lebensinhalte dazu treten, (Mayring 1991, S.20).

Für Aristoteles gehörten zu einem tugendhaften Tätig sein die sozialen Zusammenhänge dazu, die Pflege von privaten Freundschaften, politisches Engagement, Bildung sowie die Ansätze eines Selbstverwirklichungsgedankens (Mayring 1991, S.20).

Heutzutage befasst sich die Psychologie eher mit den negativen Emotionen und deren Therapie. Marray & Kluckholm (1953) schreiben: „Eines der seltsamsten, am wenigsten interpretierbaren Symptome unserer Zeit ist die Negierung der Psychologen von Glück, jenem inneren Zustand den Plato, Aristoteles und fast alle wichtigen nachfolgenden Denker als das höchste für den Menschen erreichbare Gut annehmen“ (zit. in Mayring 1991, S.50). Auch Seligman merkt an dieser Stelle an: „Ein halbes Jahrhundert lang hat die Psychologie an einem einzigen Thema gearbeitet – seelische Krankheit -, und mit Erfolg“ (2010, S.11). Mit beachtlicher Genauigkeit können psychische Störungen definiert und behandelt werden. Durch den Fokus auf die Zustände die das Leben unglücklich machen, wurde die Aufgabe in den Hintergrund gedrängt, sich mit dem Auf-und Ausbau jener Gemütszustände zu befassen,



die das Leben lebenswert machen (Seligman 2010, S.11). „Auf hundert Beiträge über Trauer kommt gerade ein einziger über Glück. Bei der Behandlung von Depressionen gibt es dank der Forschung erprobte Step-by-Step-Manuale. Wie hingegen Glück und Zufriedenheit aufgebaut und gehalten werden können, darüber gibt es erst punktuelle Forschung“ (Seligman 2010, S.24). Wenn also positive Gefühle im psychologischen Lehrbuchwissen eine untergeordnete Rolle spielen, so gibt es doch einiges an Forschungsbedarf. Aus diesem „Defizit“ in der Psychologischen Forschung ist ein neuer Zweig innerhalb der Psychologie entstanden, die „Positive Psychologie“. Damit ist eine Wissenschaft gemeint, die versucht positive Emotionen zu verstehen und darum bemüht ist, die Stärken aufzubauen und Wegweiser aufzustellen, um das zu fördern, was Aristoteles das „gute Leben“ genannt hat (Seligman 2010, S.12). Seligman sieht in Zukunft eine Psychologie, welche „die positiven Gefühle wie Befriedigung, Glück und Hoffnung erforschen wird. Sie wird untersuchen, wie Kinder jene menschlichen Stärken und Tugenden erwerben können, die zu diesen positiven Gefühlen führen“ (2010, S.60).

Wie positive Gefühle und Zufriedenheit entstehen, aus welchen Theorien sie abgeleitet werden und wie sie erhalten werden können, wird in den nachfolgenden Seiten erarbeitet.

## 1.4 „Entstehung“ von Zufriedenheit

### 1.4.1 Physiologie

Wie entstehen Glücksempfindungen, welche Prozesse sind beteiligt, wenn wir uns zufrieden und glücklich fühlen?

#### 1.4.1.1 Lokalisation von Glück in der Hirnstruktur

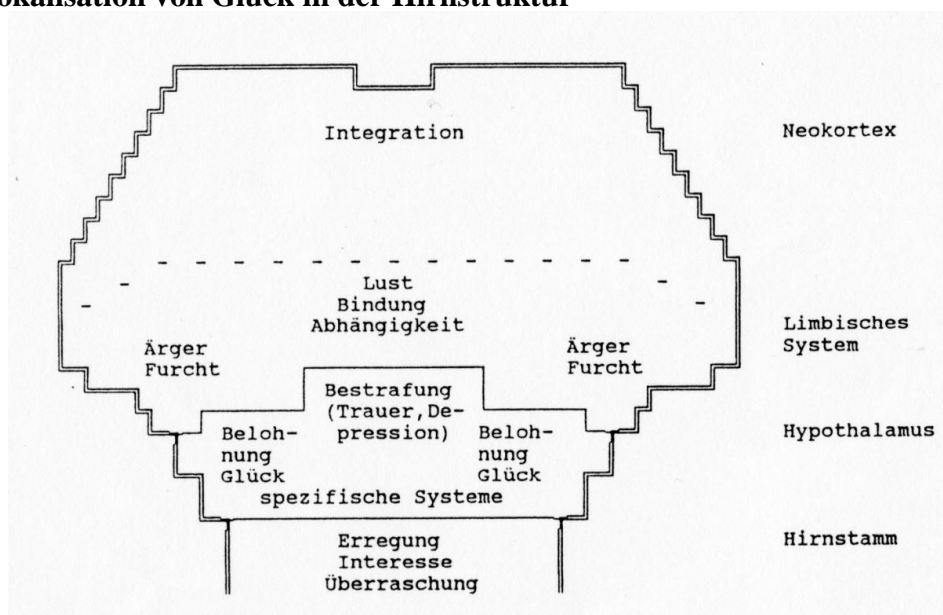


Abb1: Emotionsmechanismen im Gehirn (Buck, 1984, S.86)

Bei Emotionen sind vor allem folgende Gehirnareale beteiligt (Abb.1): Das Stammhirn ist bei Erregung, Interesse und Überraschung aktiv, der Hypothalamus bei Wohlbefinden und Trauer und das limbische System, hier laufen Prozesse ab, die Lust und Bindungsgefühl empfinden lassen (Buck 1984, zit. nach Mayring 1991, S.59). Für Glücksempfindungen sind hirnhysiologische Prozesse auf allen Ebenen notwendig. Vor allem für das im Lebenslauf entwickelte Lebensglück, sind die Prozesse in der Großhirnrinde entscheidend mitbeteiligt. Die Großhirnrinde hat auch eine entscheidende Kontrollfunktion gegenüber den anderen Hirnteilen. Fast alle Reize können durch das corticale System gehemmt werden. Das bedeutet, dass Menschen sich unter schwierigen Bedingungen glücklich fühlen können und umgekehrt (Mayring 1991, S.60).

Unser Gehirn ist erstaunlich wandelbar, und durch äußere und innere Prozesse beeinflussbar. Hätten wir die Möglichkeit, einmal im Jahr eine Reise in unser Gehirn zu machen und uns dort mit einem Elektronenmikroskop umzusehen, würden wir jedes Mal erheblich veränderte „Landschaften“ vorfinden. Der Grund dafür ist, dass Ereignisse und Lebensstile die Aktivitäten von Genen steuern und im Gehirn Strukturen verändern (Bauer 2008, S.7).

#### **1.4.1.2 Wohlbefindensrelevante physiologische Transmittersubstanzen**

„Unter einem Transmittersystem verstehen wir alle Neurone (Soma, Axone, Dendriten, Synapsen) und deren präsynaptische Verbindungen, die einen bestimmten Transmitter oder eine bestimmte Kombination von Transmittern (z.B. Dopamin, Noradrenalin) zur Kommunikation mit anderen Zellen und Dendriten benutzen“ (Birnbäum & Schmidt 1999, S.475). Grob zusammengefasst wird *Noradrenalin* bei Erregung, Aufmerksamkeit, Aktivierung und positiven Emotionen ausgeschüttet, *Dopamin* wird eine euphorisierende Wirkung zugesprochen, ebenso spielt es bei Erregung und positiven Empfindungen eine Rolle. *Serotonin* wirkt stimmungsaufhellend und hilft depressive Stimmung zu verhindern.

Ein Meilenstein der Forschung war hier die Entdeckung der Endorphine durch J. Hughes, 1975 (vgl. Demling 1986; Hopson 1988). Wie Morphin haben sie stimmungsaufhellende, euphorisierende und schmerzlindernde Funktionen und werden vom Körper vor allem bei der Belastungs- und Schmerzbekämpfung eingesetzt (Demling 1986; Kruse 1987 zit. in Mayring 1991, S.60). Demling (1986) und Hopson (1988) untersuchten, unter welchen Bedingungen solche „Wohlbefindensstoffe“ verstärkt auftreten (Mayring 1991, S.61). Bei starker körperlicher Belastung steigen die Endorphine und Katecholamine (z.B. Noradrenalin) an. Positive psychische Belastungen wirken Endorphin steigernd, auch durch Schmerzen (auch bei Akupunktur) werden Endorphine verstärkt produziert, ebenso Fasten bedingt eine

Endorphinausschüttung. Durch Natrium (Kochsalz) werden diese allerdings blockiert. So wirkt eine Natriumausschwemmung, durch Trinken großer Mengen salzreicher Flüssigkeiten, euphorisierend. Essen allgemein setzt Endorphine frei (Spekulationen über die Ursachen von Esssucht setzen hier an). Koffein steigert die Katecholamin Ausschüttung (bei höchstens drei Tassen Kaffee am Tag), auch Äthylalkohol wirkt aufheiternd, enthemmend und setzt Endorphine frei, in geringen Maßen genossen (z.B. ¼ l Wein oder ½ l Bier am Tag). Kakao und Schokolade enthalten euphorisierende Substanzen (Phenyläthylamin). Eiweiße bieten wichtige Botenstoffe für Katecholamine, jedoch ist eine überzogene Eiweißzufuhr Endorphin hemmend. Zuviel Essen wiederum, vor allem zu viel Fett und zu wenig Ballaststoffe, wirken eher hemmend auf das Wohlbefinden. So setzt Fett bei seiner Verdauung ein Darmhormon frei (Cholezystokinin), das die Endorphinausschüttung behindert.

Kurzfristiger Schlafentzug kann zwar antidepressiv wirken, ein dauerhaft guter Schlaf aber produziert Serotonin. Hier wird ersichtlich, dass die „Pflege“ des Körpers durch Ernährung, Sport und Entspannung das eigene Glück und Wohlbefinden durchaus steigern kann.

#### **1.4.1.3 Einfluss der Psychotherapie auf die Gehirnstruktur**

„Geistige Tätigkeit, Gefühle und Erlebnisse in zwischenmenschlichen Beziehungen haben im Gehirn biologische Veränderungen zur Folge“ (Bauer 2008).

Dass eine Psychotherapie, wie alle anderen zwischenmenschlichen Beziehungserfahrungen, neben der Seele auch den Körper verändert, konnte in Untersuchungen mit modernen bildgebenden Verfahren gezeigt werden.

Lewis Baxter machte 1992 die Beobachtung, dass bei Patienten nach einer erfolgreichen verhaltenstherapeutischen Behandlung, eine Normalisierung des Stoffwechsels im Nucleus caudatus (eines unter der Großhirnrinde liegenden Hirnareals, welches zur Kontrolle von Angst zuständig ist) zu erkennen war. Die Patienten wurden vor und nach der Therapie mittels PET (Positronen – Emissions – Tomographie) untersucht. Es zeigte sich, dass vor der Therapie in diesem Areal vermehrt Aktivität vorhanden war, bei nachfolgender Untersuchung jedoch eine Normalisierung stattgefunden hatte. Das war der erste Hinweis, dass Psychotherapie auch die biologischen Strukturen des Gehirns „erreicht“ (Bauer 2008, S.218).

Erst in jüngster Zeit wurde entdeckt, dass individuelle Erfahrungen im Organismus Reaktionsmuster ausbilden können, die einen Einfluss auf die Regulation der Genaktivität in zukünftigen Situationen haben. Es wurde festgestellt, dass bestimmte genetische Reaktionsmuster durch Erlebnisse und Erfahrungen „eingestellt“ werden können (Bauer 2008, S.9).

„In den USA weisen herausragende Vertreter der neurobiologischen Spitzenforschung wie der Nobelpreisträger Eric Kandel darauf hin, dass die neuen Entdeckungen über die Verbindung zwischen „mind“ (Geist) und „brain“ (Gehirn) ein Umdenken in der Medizin erfordert.“ Alles was wir geistig tun, seelisch fühlen und in Beziehungen gestalten, findet seinen Niederschlag in körperlichen Strukturen. Insofern macht eine Medizin für „Körper ohne Seele“ ebenso wenig Sinn, wie eine Psychologie für „Seelen ohne Körper“ (Bauer 2008, S.8).

Es wurde gezeigt, dass Lebenserfahrungen einen großen Einfluss auf unsere Gehirnstrukturen haben. Nun ist interessant, welche Einflüsse positiv auf uns einwirken und wie wir diese Erfahrungen selber steuern und bewerten können.

#### **1.4.2 Der Einfluss der Umwelt auf die Zufriedenheit**

Welche Mechanismen führen dazu, dass eine Person in ihrem Leben glücklicher und zufriedener ist als eine andere. Ausgehend von der These, dass der heutige Mensch gezwungen sei, sich ständig neu zu erfinden, weil sich die Lebensverhältnisse immer mehr verändern, schreibt der Zeitdiagnostiker Zygmunt Baumann (2009) in seinem Buch „Wir Lebenskünstler“ von der Notwendigkeit, sein Leben als ein „Kunstwerk“ selbst zu gestalten. Er führt aus, dass „mit Beginn der Moderne sich das Glück im Denken und Handeln des Menschen aus einem ‚Zustand‘ in etwas, das man aktiv suchen und anstreben müsse verwandelte.“ Seither identifizieren wir das Glück nicht mehr mit der Zufriedenheit, die uns als Lohn nach langen Mühen winkt, sondern mit der Überwindung von aktuellen Hindernissen und Schwierigkeiten. Ähnlich sieht das der Philosoph Wilhelm Schmid (Simon 2011), der meinte „ein Leben könne nur dann als gelungen und glücklich erlebt werden, wenn der Mensch auch dessen Prüfungen akzeptiere und diese als Entwicklungschance begreife“. Glück beruhe, „vielmehr auf innerer Veränderung und erfordere eine ständige Auseinandersetzung mit sich und anderen. Erst daraus könne die Gewissheit erwachsen, dass einem die Wechselfälle des Lebens nicht aus der Bahn werfen, dass man das Positive annehmen kann und auf das Negative vorbereitet ist“ (Simon 2011, S.27).

Aus einer Studie, die in fünf europäischen Ländern (England, Deutschland, Frankreich, Italien, Schweiz) durchgeführt wurde, geht hervor, dass die meiste Zufriedenheit aus Beziehungen zu Freunden geschöpft wurde (36%). Auch die Ehe, besonders eine glückliche, mache einen großen Teil von Lebenszufriedenheit aus (Agyle, 1987).

Grundbedürfnisse wie Essen, Trinken und Sex, nannten 9% und Erfolgserlebnisse bedeuteten für 19% eine Quelle der Freude (Scherer, Summerfield and Wallbott 1983 zit. in Agyle 1987, S.129). Viele Personen finden in ihrer Arbeit Zufriedenheit, besonders wenn die Arbeit interessant ist und sie ihre Fähigkeiten anwenden können und die Arbeitsbedingungen gut sind. Dabei ist die Höhe des Gehalts nebensächlich. Eine Berufung ist die am meisten befriedigende Art von Arbeit, eben weil sie eine Belohnungshandlung ist und deshalb um ihrer selbst willen ausgeführt wird (Seligman 2010, S.264). Die eigenen Fähigkeiten und Stärken einzusetzen, ist auch nach Seligman der beste Weg, Zufriedenheit zu erlangen. Es kommt weniger darauf an, die Schwächen zu korrigieren, als die Ressourcen und Stärken auszubauen. Dieses Wohlbefinden, das entsteht, wenn die eigenen Stärken und Interessen eingesetzt werden, ist in Authentizität verankert. So ist es wichtig, dass dieser Einsatz der Stärken in etwas Größerem verankert ist. Ein Ziel im Leben zu finden und ein sinnvolles Leben führen, sieht Seligman als den Sinn des Lebens an (Seligman 2010, S.37). Arbeitslosigkeit stellt demnach eine Quelle der Unzufriedenheit dar (Agyle 1987). Es besteht also kein Zweifel, dass Lebensbedingungen die Lebenszufriedenheit beeinflussen. Personen in einer stabilen Partnerschaft, mit einem interessanten Job, guter Gesundheit etc. sind glücklicher (Freedman 1979 zit.in Agyle 1987, S.145).

Aber das ist noch lange nicht die ganze Geschichte, ein großer Teil an Zufriedenheit wird durch angenehme Aktivitäten geschöpft, die nichts mit der Zufriedenheit über Grundbedürfnisse zu tun haben (Agyle 1987). Dass Zufriedenheit nicht immer von objektiven Bedingungen ausgelöst wird, sondern durch erfreuliche Ereignisse erlangt werden kann, zeigte die Studie von Schwarz und Clore (1983), die demonstrierten, dass es reicht, Personen in gute Laune zu versetzen, um ihre Zufriedenheit mit dem Leben als Ganzes zu steigern. Dieses Experiment zeigt auf, dass kurzzeitig hervorgerufene Stimmungen einen großen Effekt darauf hatten, wie die Personen ihre Lebenszufriedenheit beurteilten. Die Testpersonen schienen ihre aktuelle Stimmung als Informationsquelle zu nehmen, wie glücklich sie in ihrem Leben sind. So basiert Zufriedenheit zum Teil auf Freude, aber Freude hat auch teilweise Wissen zur Basis. Das gleiche Ereignis kann eine Quelle von positivem oder negativem Affekt sein, abhängig davon wie es interpretiert wird (Agyle 1987, S.146). Eine Theorie besagt, dass Zufriedenheit höher ist, wenn die zu erreichende Leistung eng bei dem gestecktem Ziel liegt. Ein Ziel wiederum basiert auf Vergleichen mit anderen Personen und den eigenen vergangenen Erfahrungen (Campbell, Converse and Rodgers 1976, zit. in Agyle 1987, S.146). Selbstbeurteilungen der Lebenszufriedenheit basieren auf Vergleichen mit anderen. Es ist möglich, die Bewertung zu verschieben, wenn man den Anker von einem Ende

zum anderen verschiebt (Agyle 1987, S.148). In einem Experiment wurden Testpersonen gebeten, eine Beschreibung eines Tages in Milwaukee im Jahr 1900 abzugeben, aber ihnen wurden Beschreibungen mit Betonung auf die „guten alten Tage“ oder die „schlechten alten Tage“ als „Anker“ zur Verfügung gestellt. Später sollten sie ihren aktuellen Grad an Zufriedenheit einschätzen. Testpersonen mit den „schlechten Zeiten“ als Manipulation schätzten ihre Zufriedenheit weit höher ein als jene Testpersonen, bei denen die „gute alte Zeit“ hervorgehoben wurde (Demer et al 1979, zit. in Agyle 1987, S.148). In einem anderen Experiment wurden Personen in einem sehr geschmackvollen Raum getestet. Ihre allgemeine Zufriedenheit wurde gesteigert, jedoch die Zufriedenheit mit ihrer Wohnsituation war getrübt (Schwarz et al 1984, zit. in Agyle 1987).

Reize werden gegenüber einer Norm verglichen, basierend auf einer Reihe von Reizen die in der Vergangenheit erfahren wurden. Die gleichen objektiven Ereignisse oder Bedingungen könnten Ursprung von Freude oder Leid sein, abhängig von dem früheren Anpassungsniveau (Agyle 1987). Ein Beweis mag die Behauptung sein, dass Tetraplediker, Personen die alle vier Gliedmaßen verloren haben, genauso glücklich sind wie andere Personen (Brickman and Campbell 1981, zit. in Agyle 1987, S.153).

Es wurde aufgezeigt, dass es eine Reihe von Möglichkeiten gibt, uns besser zu fühlen, aber warum, aus welchem Grund wollen wir uns überhaupt besser fühlen?

### **1.5 Der Effekt von guten Gefühlen**

Wohlbefinden hat eine Reihe von Effekten auf das Verhalten und auf Gedankenprozesse. Die Wirkung von positiven Gedanken wurde in einem Experiment untersucht, in dem Personen durch Hypnose in glückliche oder deprimierte Stimmung versetzt wurden. Es wurde herausgefunden, dass jene in glücklicher Stimmung positive freie Assoziationen lieferten und amüsante TAT (Thematic Apperception Test) Geschichten erzählten. Sie sahen sich selbst als gesellige, kompetente Person, fühlten sich selbstbewusst und waren von sich überzeugt (Bower 1983, zit. in Agyle 1987, S.138). Auch das Gedächtnis arbeitete in guter Stimmung anders. Die Personen konnten sich schöne Ereignisse und positive Wörter besser merken, besonders wenn in der Lern- und Reproduktionsphase die gleiche Stimmung vorherrschte. Die Versuchspersonen konnten 78% der gelernten Wörter wiedergeben, im Vergleich zu 47%, die in schlechter Stimmung gelernt wurden. Glückliche Personen erinnern sich an mehr erfreuliche Kindheitserinnerungen (26% versus 2%) (Bower 1981, zit. in Agyle 1987, S.138).

Positive Stimmung ermöglicht Personen, sich an Wörter, die positive Persönlichkeitseigenschaften beschreiben, besser zu erinnern. Personen in trauriger Stimmung produzieren ein besseres Gedächtnis für negative Eigenschaftswörter (Teasdale & Russell 1983, zit. in Agyle 1987, S.138). Die allgemein akzeptierte Erklärung für diese Ergebnisse ist, dass Erinnerungen auf einem Netzwerk von Assoziationen zwischen Ereignissen und Konzepten basieren. Diese sind mit Emotionen verbunden. Ist eine Person in einer bestimmten Stimmungslage, ist das Gedächtnis empfänglich für Ereignisse die mit diesen Emotionen in Verbindung stehen (Bower 1981, zit. in Agyle 1987, S.138). Einen Einfluss haben positive Stimmungen auch im Problemlöseprozess, da an Probleme in einer anderen Weise herangegangen wird als in neutraler oder trauriger Stimmung. Diese werden schneller bearbeitet, die einfachste Strategie wird übernommen und die erste gefundene Lösung wird akzeptiert (Clark & Isen 1982, zit. in Agyle 1987, S.139). Mehrere Experimente haben ergeben, dass glückliche Personen hilfsbereiter sind, das gilt auch für positive Stimmungen, die durch Erfolgserlebnisse in der Arbeit, kleine Geschenke, oder durch Hervorrufen von erfreulichen Erinnerungen erzeugt werden. An sonnigen Tagen bleiben mehr Leute stehen, um an Umfragen teilzunehmen und es wird mehr Trinkgeld ausgeteilt (Cunningham 1979, zit. in Agyle 1987, S.139). Warum sind glückliche Menschen hilfsbereiter? Dovidio (1984) hat folgende Erklärung: positive Stimmung kreiere positive Gedanken, vielleicht auch Gedanken von hilfsbereitem Verhalten? Ist jemand glücklich, so nimmt diese Person mitunter ein Ungleichgewicht zwischen der eigenen Verfassung und jener der Anderen wahr und möchte dieses Ungleichgewicht beheben, im Interesse nach Fairness (Agyle 1987, S.140). Doch die Verherrlichung von guten Gefühlen und positiven Gedanken stößt bei einigen auf tiefes Misstrauen. In ihrem Buch „Smile or Die“ kritisiert die renommierte US-Reporterin Barbara Ehrenreich (2010) etliche Studien, auf die sich die Vertreter der Positiven Psychologie stützen. Diese Studien stellten Beziehungen her, so Ehrenreich, bei denen gar nicht klar sei, ob sie sich wirklich kausal beeinflussen. „Sind Menschen gesund, weil sie glücklich sind – oder glücklich, weil sie gesund sind?“ Barbara Ehrenreich (2010) wirbt dafür, die guten und schlechten Seiten des menschlichen Daseins ausgewogen wahrzunehmen und nicht das Augenmerk allein auf innere Veränderungen durch eine Korrektur der Einstellung des Individuums zu legen.

Auch Ed Diener von der University of Illinois warnt davor, negative Gefühle einfach zu verdrängen: „Emotionen wie Angst, Trauer, Sorge oder Wut machen uns darauf aufmerksam, dass etwas nicht in Ordnung ist, sie bringen uns auf neue Ideen und lassen uns die richtigen Schritte unternehmen“ (Weiss 2011, S.72).

Die Untersuchungen des australischen Sozialpsychologen Joseph Forgas weisen in diese Richtung. Sein Fazit: „Betrübte Menschen entlarven Lügen leichter als muntere. Außerdem verlassen sie sich seltener nur auf einen flüchtigen Eindruck und nehmen ihre Umwelt weitaus genauer wahr als ihre lebenslustigen Zeitgenossen“ (Weiss 2011, S.74f).

Die optimistische Regel der positiven Psychologie, dass es sinnvoll ist, stets die eigenen Stärken zu betonen, muss nicht immer stimmen. In manchen Situationen kann genau das Gegenteil von Nutzen sein. „Nur wer sich seine persönlichen Schwächen bewusst macht, kann sie auch überwinden“ (Weiss 2011, S.75).

## **1.6. Zufriedenheitsmessung**

### **1.6.1 Wie kann ich Wohlbefinden messen?**

Nach allem was wir bisher gelesen haben, ist Lebenszufriedenheit sehr schwer zu erfassen, da es sich bei jeder Befragung um eine Momentaufnahme handelt, wird hauptsächlich das aktuelle Befinden beschrieben. Dieses momentane Gefühl ist sehr flüchtig und von den unterschiedlichsten Gegebenheiten beeinflussbar. Langzeitstudien geben die meiste Information zur biographischen Lebenszufriedenheit und wie sich die Zufriedenheit mit dem Leben auf andere Bereiche ausgewirkt hat. In einer Studie über Glück und Langlebigkeit, an der 180 Ordensschwestern teilnahmen, sollte erforscht werden, welche Bedingungen das Leben verkürzen oder verlängern (Seligman 2010, S.19ff).

Bei dieser homogenen Gruppe führen die Nonnen ein geregeltes und beschütztes Leben. Sie nehmen alle die gleiche reizarme Kost zu sich, konsumieren weder Alkohol noch Tabak, sie gehören alle derselben ökonomischen und sozialen Schicht an und alle genießen gleich gute medizinische Versorgung. Dennoch gab es hinsichtlich der Gesundheit und Lebenserwartung unter den Nonnen erhebliche Unterschiede. Bei sorgfältigem Studium der Novitiatsaufsätze (kurze Lebensläufe vor Ablegung des Gelübdes) wurde ein erheblicher und überraschender Unterschied deutlich. Unabhängige Experten, die nicht wussten, wie lange die Ordensschwestern gelebt hatten, durchforsteten deren Lebensberichte nach dem Gehalt an positiven Emotionen in ihrer Wortwahl („sehr glücklich“, „erwartungsvolle Freude“). So konnten die Schwestern in verschiedenen Gruppen zugeordnet werden. Es zeigte sich, dass aus der „fröhlichsten“ Gruppe im Alter von 85 Jahren noch 90 Prozent der Nonnen am Leben waren, aus der „unfröhlichsten“ Gruppe jedoch nur 34 Prozent. Das Alter von 94 Jahren erreichten in der ersten Gruppe 54 Prozent, in der letzteren nur mehr 11 Prozent. Auch Fotos in College-Jahresbüchern stellen Möglichkeiten dar, den Grad an Zufriedenheit ablesen zu



können. Auf den Fotos wurde nach dem, vom französischen Arzt Guillaume Duchenne de Boulogne (1806-1875) beschriebene, „Duchenne-Lächeln“ gesucht. Dabei weisen die Mundwinkel nach oben und die Haut in den äußeren Augenwinkeln bildet feine Falten, so genannte „Krähenfüße“. Die Muskeln, die das bewirken, der musculus orbicularis oculi und der musculus zygomaticus major, sind extrem schwer unter Willenskontrolle zu bringen. Wenn darauf trainierte PsychologInnen Fotosammlungen durchmustern, können sie auf einen Blick die Duchenne-Lächler von den Nicht-Duchenne-Lächlern unterscheiden. So haben Dacher Keltner und LeeAnne Harker von der University of California in Berkeley 141 Fotos der Abschlussklasse des Mills College aus dem Jahrbuch von 1960 in Augenschein genommen (Seligman 2010, S.22f). Im Alter von 27, 43, und 52 Jahren wurden alle Frauen noch einmal kontaktiert und zu ihren Ehen und ihrer Lebenszufriedenheit befragt. Erstaunlicherweise zeigte sich, dass die „Duchenne-Frauen“ im Durchschnitt häufiger und länger verheiratet waren und in den 30 Jahren nach dem College-Abschluss größeres persönliches Wohlbefinden genossen hatten. Sehr effektiv zur Messung von Zufriedenheit im Alltag sind Tagebuchuntersuchungen (Kirchler 2008). Diese werden nach bestimmten Vorgaben ausgefüllt und können viel über das Leben der Testpersonen aussagen. Es gibt also vielfältigste Methoden Wohlbefinden zu messen, die Methode, welche in der Psychologie am häufigsten angewandt wird, sind Fragebogenuntersuchungen. Nachdem in der vorliegenden Arbeit ein Fragebogen zur Erfassung von Lebenszufriedenheit verwendet wurde (Fragebogen zur Lebenszufriedenheit-FLZ, Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler 2000), soll an der Stelle diese Art der Zufriedenheitsmessung näher beleuchtet werden und auf die Schwierigkeiten der Zufriedenheitsmessung näher eingegangen werden.

Zur Messung der Lebenszufriedenheit wurden unzählige Fragebogen entwickelt, deren methodische Qualitäten sehr unterschiedlich sind. Neben Instrumenten zur Erfassung der globalen (allgemeinen) Zufriedenheit existieren Fragebogen zur Bestimmung der bereichsspezifischen Zufriedenheit (z.B. Gesundheit, Arbeit etc.), die häufig faktorenanalytisch validiert wurden. Es wurden auch etliche Instrumente zur Erfassung der Zufriedenheit bei bestimmten Patientengruppen entwickelt (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler 2000, S.7). Einige öfter verwendete Fragebogen zum Thema Zufriedenheit und Lebensqualität, neben dem Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ- Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler 2000), der in dieser Arbeit verwendet wurde, sind der „Life Satisfaction Index A (LSI-A; Neugarten, Havinghurst & Tobin 1961), der Satisfaction With Life Scale“ (SWLS; Diener, Emmons, Larsen & Griffin 1985) und der „Life Satisfaction Questionnaire“ (LSQ-32; Carlsson & Hamrin 1996).

Wie bei jeder Untersuchung gibt es zahlreiche Faktoren, die das Ergebnis stören können und die Untersuchung verzerren. Diese gilt es zu identifizieren und möglichst auszuschalten. Dass solche Schwierigkeiten bei Zufriedenheitsmessungen in besonders großem Ausmaß auftreten können, soll im Folgenden aufgezeigt werden.

### **1.6.2 Probleme bei der Zufriedenheitsmessung**

Zufriedenheit ist ein subjektives Phänomen und wird demnach von den Testpersonen sehr unterschiedlich beurteilt. Bei der Messung ergeben sich aus diesem Grund zahlreiche Fehlerquellen. Kirchler et al. (2000, S.102ff) führt aus, dass bei Fragebogenuntersuchungen die Möglichkeit, die erlebte Wirklichkeit subjektiv zu strukturieren, stark eingeschränkt wird. Durch die Art der Fragen, deren Differenzierungsgrad und die vorgegebenen Antwortalternativen wird kaum Platz zur subjektiven Rekonstruktion der Wirklichkeit des Befragten gelassen. Je nach subjektivem Bedeutungsgehalt können die Antworten sehr unterschiedlich ausfallen. Werden die Erfahrungen für die Testperson als wichtig empfunden, sind präzisere Erinnerungen und Schilderungen möglich. Bei Alltagserfahrungen denen nicht so viel Gewicht beigemessen wird, gehen die Informationen in der Erinnerung schnell verloren, es wird schwieriger exakte Auskünfte zu geben. Um trotzdem eine Antwort auf solche Fragen zu finden, wird gerne auf soziale Stereotype zurückgegriffen. Neben der Genauigkeit mit der banale oder besondere Ereignisse erinnert werden, variiert auch die subjektive Häufigkeit ihres Auftretens. Sollen Häufigkeit oder Auftrittswahrscheinlichkeit eines oder mehrerer Ereignisse geschätzt werden, verhalten sich Testpersonen entsprechend der Verfügbarkeitsheuristik. Urteile werden, auf der Basis der Schwierigkeit oder Leichtigkeit gebildet, mit der einzelne Informationen aus dem Gedächtnis abgerufen oder generiert werden können. „Dadurch tendieren Testpersonen zur Überschätzung auffälliger Ereignisse“ (Kirchler et al 2000, S.102ff). Ein weiteres Problem bei der Messung von Zufriedenheit ist die Tendenz der Befragten, Fragen nach der „sozialen Erwünschtheit“ zu beantworten. Fragen werden dahingehend beantwortet welches Verhalten in der Gesellschaft als „erwünscht“ angesehen wird. Die Rekonstruktion und Rationalisierung bestimmter Fragestellungen aus der Vergangenheit stellt auch eine Schwierigkeit in Befragungen dar. Die Intensität der damaligen Situation ist vergessen und die Gedanken sind nun anderen Dingen zugewandt. Intensive Gefühle können nur als „kalte Kognitionen“ erinnert werden und die Beziehung zwischen Ereignis und subjektivem Erlebnis kann im Fragebogen kaum entsprechend wiedergegeben werden. In der Retrospektive werden die einmal spontan abgelaufenen Aktionen und Reaktionen rationalisiert. Vergangene Ereignisse werden so wiedergegeben, dass der Ablauf

des Geschehens logisch kohärent erscheint und die Bewertung mit dem aktuellen Verhalten übereinstimmt. „Menschen sind kaum in der Lage anzugeben, was sie in der Vergangenheit bevorzugt haben oder in Zukunft bevorzugen werden“ (Kirchler et al. 2000, S.102ff). Kahnemann (1994, zit. in Kirchler 2000) zeigt anhand der „Spitzen-Ende-Regel“, dass nicht die gesamte Erfahrung in ihrer zeitlichen Dauer von Beginn bis zum Ende in das Urteil einfließt. Weist ein Ereignis einige negative Spitzen auf und war auch am Ende unangenehm, wird es meist als negative Erfahrung erinnert. „Wenn das Ende relativ zur übrigen Zeit angenehm war, bleibt das Ereignis als relativ angenehme Erfahrung in Erinnerung.“ Es werden auch stimmungskongruente Erfahrungen besser erinnert als stimmungsinkongruente. Wenn Testpersonen während der Befragung in positiver Stimmung sind, erinnern sie sich eher an angenehme Ereignisse als an unangenehme und verschätzen sich in ihren Angaben über Auftrittswahrscheinlichkeiten. Es spielt auch eine Rolle, ob Personen Fragen nach ihrer Zufriedenheit mit spezifischen Lebensbereichen (wie zufrieden sind sie mit ihrer Arbeitssituation) oder globale Zufriedenheitsfragen (wie zufrieden sind sie mit ihrem Leben) gestellt bekommen. Spezifische Fragen führen eben zur Erinnerung an spezifische Ereignisse und deren Beurteilung, während globale Fragen zu einer globalen, weniger differenzierten Erinnerung einladen. Je nach Vorgabe kann die Antwort auf die nächste Frage beeinflusst werden, da Erinnerungen und Antworten auf eine Frage die Urteilsbildung bezüglich der nächsten Frage mitbestimmen können (Strack, Martin und Schwarz 1988, zit. in Kirchler 2008, S.268).

Es ist also nicht so leicht Zufriedenheit zielsicher zu messen, denn das „Glück ist ein Vogerl“, wenn wir glauben, wir haben es in der Hand, fliegt es wieder davon. Das Leben ist ein ständiges Auf und Ab, immer abhängig davon wie wir Gegebenheiten bewerten und mit den veränderten Umständen und Anforderungen umgehen. Jetzt stellt sich die Frage, wie wird man zufriedener und glücklicher? Kann glücklich sein gelernt werden? Mehr dazu im nächsten Abschnitt.

## **1.7 Praktische Anleitungen zum Glücklich sein**

### **1.7.1 Wie kann ich die Zufriedenheit langfristig steigern?**

Auf den vorangegangenen Seiten ist viel über Zufriedenheit und Glück gesagt worden, sodass der Schluss zugelassen werden kann, dass Glück durchaus etwas Erstrebenswertes ist. Nach Plato, Aristoteles, Seligman und dem Dalai Lama soll es sogar der Sinn des Lebens sein, das persönliche Glück zu finden. Gibt es eine Anleitung zum Glücklich sein, die auf alle gleich

anzuwenden ist, die ultimative Glückstherapie? Zufriedenheit mit sich und der Welt und positives Denken sollen nach Seligman die beste Gesundheitsvorsorge sein. Martin Seligman (2010, S.56) schreibt: „Meiner Ansicht nach kommt Therapie fast immer zu spät. Wird früher eingegriffen - wenn es dem Menschen noch gut geht, können vorbeugende Interventionen sehr viel effektiver sein und unendlich viele Tränen ersparen. Die Kern-Erkenntnis der letzten Jahre lautet nämlich: Heilung ist ungewiss, aber Prävention ist hoch effektiv.“ Der Fortschritt bei der Prävention seelischer Erkrankungen liegt darin, dass bestimmte menschliche Stärken, Kompetenzen und Tugenden schon bei jungen Menschen erkannt und gefördert werden: „Zukunftsorientierung, Hoffnung, Gewandtheit im Umgang mit Menschen, Mut, die Fähigkeit *Flow* zu erreichen, Glaube oder Arbeitsethik.“ Laut Seligman können diese Stärken, wenn sie tatkräftig eingesetzt werden als „Stoßdämpfer“ oder „Puffer“ gegen jene Widrigkeiten des Lebens wirken, die das Risiko seelischer Erkrankung erhöhen (Seligman 2010, S.57).

## **1.7.2 Praxisrelevanz in der Glücksforschung**

Es gibt viele Bereiche um präventiv einzugreifen, in denen die Glücksforschung effektiv ansetzen kann. Eine Stärkung der psychischen Gesundheit und somit der Gesundheit allgemein, stellt eine wichtige Intervention dar. Ressourcen zu fördern und aufbauen stellt besonders im Alter eine wichtig Intervention dar, um aktiv einen Bezug zum Leben beizubehalten. Es geht darum eine hohe Bewusstheit, Sensibilität und Offenheit der Realität gegenüber zu bewahren. Es soll eine „empathischere, soziale Orientierung auf die Mitmenschen und eine integrierende, identitätsstützende Wirkung auf die gesamte Persönlichkeit gefördert werden“ (Mayring 1991, S.165).

### **1.7.2.1 Subjektorientierte Glückstherapie**

Der Ansatz von M.W. Shelly ist eng auf das einzelne Subjekt ausgerichtet (1977a, 1977b, 1978, zit. in Mayring 1991, S.168). Der Grundgedanke ist, dass jeder seine eigenen Strategien und Taktiken zum Glücklich werden herausfindet, indem eine Reihe von intensiven Lebensexperimenten (experiments in living) vollzogen werden. Jeweils eine Woche werden 25 Lebensexperimente ausprobiert, wie z.B. „bessere Ressourcennutzung, Verhaltens-expansion, Beruhigung, Musik, schöne Plätze, „Life swap“ - Tausch des Lebens mit einem anderen, Zielerreichung eines besonders schwierigen Ziels etc.“(Mayring 1991, S.168).

Michael Fordyce hingegen, hat eine stark theoriegeleitete, verhaltenstheoretisch orientierte Glückstherapie (1977 zit.in Mayring 1991, S.170) vorgelegt. Er geht von 14 Grundsätzen (fundamentals) aus (z.B. „Werde aktiv und halte dich beschäftigt!“, „Sei systematischer und

plane die Dinge besser!“ etc.). Diese Axiome werden genau beschrieben und zunächst in einem „Einsichtsprogramm“ erarbeitet. Die TeilnehmerInnen versuchen diese Grundsätze zu verstehen und auf ihr eigenes Leben zu beziehen. Sie bekommen auch eine Einführung in die Definition, Bedeutung und bisherige Literatur zum Thema Glück. In einem zweiten Teil werden konkrete Übungen zu den Grundsätzen durchgeführt“ (Mayring 1991, S.170). Diese Übungen sollen möglichst konkret auf die individuellen Lebensbedingungen angewendet werden. Die Effektivität dieses Glücksprogrammes wurde in insgesamt fünf Studien (n=500 Vpn) belegt. Versuchspersonen zeigten auch 1,5 Jahre danach signifikant höhere Glückswerte (Mayring 1991, S.170).

### **1.7.2.2 Kognitive Therapie**

Ein kognitives Glückstraining wurde in Neuseeland entwickelt (Lichter, Haye & Kammann 1980, zit. in Mayring 1991, S.167). Es wird davon ausgegangen, dass Menschen glücksbehindernde Grundüberzeugungen von sich und der Welt haben. Diese sollen dem Einzelnen aufgezeigt werden und durch glücksfördernde „beliefs“ ersetzt werden. Über vier Wochen lang, werden in 8 Sitzungen die Anti-Glücks-Überzeugungen als irrational „entlarvt“ und durch Pro-Glücks-Überzeugungen ersetzt. „Mehrere Therapiekontrollstudien haben die Wirksamkeit auf das Glückserleben bestätigt“ (Mayring 1991, S.167).

Dieser Ansatz deckt sich teilweise mit den Studien von Barbara Frederickson von der *University of North Carolina* (Frederickson, 2009). Sie zeigt, dass es in der Hand jedes Einzelnen liegt zufrieden zu werden. Ihre Erkenntnisse fasst sie in der *broaden and built*-Theorie zusammen. Laut ihrer These erweitert die richtige Balance zwischen positiven und negativen Gefühlen unsere Wahrnehmung und unser Denken. In einer Studie sollten die VersuchsteilnehmerInnen aufschreiben, was sie in diesem Moment gerne unternehmen würden. Die TeilnehmerInnen, die unter dem Einfluss positiver Emotionen standen, hatten am Ende deutlich mehr Punkte notiert als die übrigen Testpersonen. Es zeigt jedoch auch, dass nicht das Fehlen negativer Gefühle zu diesen positiven Effekten führt, sondern ein optimales Verhältnis von guten und schlechten Emotionen. Dieses Verhältnis liegt laut Frederickson bei 3:1. Wer regelmäßig dreimal häufiger positive als negative Emotionen erlebt, steigert seine Zufriedenheit. Ein dauerhafter Wert von 1:1 oder darunter gilt bereits als Anzeichen einer Depression. Nun bleibt die Frage, was kann man tun, um mehr positive Gefühle ins eigene Leben zu lassen? Die Psychologin Sonja Lyvovmirsky von der *University of California* (Lyvovmirsky 2009) testete eine Reihe von gängigen Übungen. Eine Methode wird *count the blessings* genannt. Am Abend werden fünf Ereignisse notiert, die besonders schön waren. Der

höchste Profit von dieser Übung wird erzielt, wenn sie nur einmal pro Woche durchgeführt wird, bei einer höheren Frequenz verringert sich der positive Effekt.

Barbara Frederickson (Frederickson 2009) erachtet drei Methoden als besonders wirkungsvoll: Der *Positivity Self Test*. Die eigene Gefühlsration soll jeden Tag mit einem Schnelltest bestimmt werden, das hat den Sinn, aufmerksamer und wacher gegenüber seinen Gefühlen zu werden. Eine weitere Methode ist es, *Portfolios guter Gefühle* anzulegen und soll helfen, angenehme Gefühle zu kultivieren und Phasen von Negativität besser zu überstehen. Hierbei werden Bilder, Briefe, Musikstücke, Gedichte, alles was entspannt und glücklich macht, gesammelt und in einer Mappe angelegt. Merkt man einen Anflug negativer Gefühle, kann diese Mappe zur Hilfe genommen werden, um wieder schöne Erinnerungen zu kreieren, die den negativen Gefühlen entgegenwirken.

John P. Houston (1981 zit. in Mayring 1991, S.168) geht davon aus, dass Glück über das Verhältnis gesetzter und erreichter Ziele erfasst wird. Mit dieser Definition und motivationspsychologischen Überlegungen (Lust-Unlust-Relation) kommt zu zwei therapeutischen Grundsätzen. Einerseits *Senkung des Aspirationsniveaus* (Wünsche dir nur Dinge, die du auch erreichen kannst! Weniger und geringere Zielvorstellungen! Orientierung nach unten!) und *Selbstdeprivation* (Sich selbst unter Mangelbedingungen zu stellen, um den Wert bestimmter Erlebnisse zu steigern; z.B. sich Freunden gegenüber rar zu machen, um die Sozialbeziehungen dann als wertvoller zu erleben; zwei Wochen kein Fernsehen; eine Zeitlang sparen und dann das Angesparte impulsiv ausgeben; Mahlzeiten ausfallen lassen, etc.) In diesem Ansatz geht Houston davon aus, dass Wünsche erst in der Deprivation entstehen. Wenn etwas nicht mehr verfügbar ist, wird es viel mehr geschätzt wenn es wieder da ist (Mayring 1991, S.168).

Wie zufrieden jemand mit seinem Leben ist, kann sich im Laufe von Jahren erheblich ändern. Menschen werden auf lange Sicht zufriedener, wenn Religiosität und die damit verbundenen Aktivitäten eine immer größere Bedeutung im Leben erhalten. Dies geht aus einer Untersuchung der Sozialwissenschaftler Bruce Headey, Jürgen Schupp, Ingrid Tucci und Gert G. Wagner (2010) hervor. Sie werteten vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung erhobene Daten des Sozio-ökonomischen-Panels (SOEP) aus. Das SOEP ist eine seit 1984 laufende jährliche Wiederholungsbefragung von mehr als 20000 Deutschen, Ausländern und Zuwanderern in den alten und neuen Bundesländern. So ergab die Studie, dass Spiritualität auch dann die Lebenszufriedenheit beeinflusst, wenn Faktoren wie Alter, Familienstand, Bildung, Gesundheit und Persönlichkeitsmerkmale wie Extrovertiertheit und Neurotizismus berücksichtigt werden. Zufriedenheit ist also keine Glücksache. Vielmehr hängt sie davon ab,

welche Prioritäten ein Mensch in seinem Leben setzt. Glück lässt sich laut der Studie langfristig steigern, wenn Menschen ihren Glauben im Laufe von Jahren immer stärker praktizieren. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit der Annahme, dass vor allem altruistisches und engagiertes Handeln zu dauerhafter Erfüllung im Leben führt (Headey et al 2010)

### **1.7.2.3 Meditationsansatz**

Eine wirkungsvolle Methode ist, nach Frederickson (2009), die *Loving Kindness-Meditation*. Bei dieser Form der Meditation liegt der Fokus darauf, durch Konzentration ein tiefes Gefühl des Wohlwollens anderen Menschen gegenüber zu kreieren. Die positive Wirkung dieser Methode konnte Frederickson in ihrer Open-Heart-Studie zeigen.

Sie rekrutierte 200 Freiwillige einer Firma und teilte sie mittels Münzwurf in 2 Gruppen. Alle Personen sollten an einem kostenlosen Meditationskurs teilnehmen. Die TeilnehmerInnen der Kontrollgruppe nahmen allerdings erst ein halbes Jahr nach der Versuchsgruppe am Kurs teil. Die Meditationszeiten waren nicht länger als 80-90 Minuten pro Woche. Nach 3 Monaten zeigten die TeilnehmerInnen der Versuchsgruppe höhere Aufmerksamkeit für gegenwärtige Ereignisse. Sie waren optimistischer was ihre eigene Zukunft betraf, sahen einen größeren Sinn im Leben, fühlten mehr Vertrauen und Liebe in ihren Beziehungen, gaben und empfingen mehr Unterstützung von anderen Menschen und sie waren körperlich gesünder als die KollegInnen der Kontrollgruppe. Eine Nachfolgestudie ergab, dass die Folgewirkungen der Meditation auch 12 Monate nach Beginn der Übung noch ungebrochen wirkten.

Aus der Achtsamkeits-Meditation (dabei konzentriert man sich auf den eigenen Atem oder wandert gedanklich durch den gesamten Körper und achtet genau auf seine Empfindungen) entwickelte der US-Mediziner Jon Kabat-Zinn (2011) den achtwöchigen Kurs „Stressbewältigung durch Achtsamkeit“ (Mindfulness-based stress reduction, MBSR). Da die Methode immer nach dem gleichen Muster abläuft, lassen sich die Auswirkungen von MBSR unter reproduzierbaren Bedingungen studieren. 2010 konnte die Psychologin Britta Hölzel von der Harvard Medical School nachweisen, dass bei 16 Meditationsneulingen während eines MBSR-Kurses tatsächlich die graue Substanz (Nervenzellkörper, die Signale weiterleiten und verarbeiten) zunahm. Sie untersuchte die Teilnehmer des achtwöchigen Kurses, sowie eine Kontrollgruppe vor und nach den acht Wochen mittels Magnetresonanztomographen. Die Hirnscans der MBSR-Teilnehmer zeigten einen deutlichen Zuwachs der grauen Substanz, wobei bei der Kontrollgruppe keine Veränderungen sichtbar wurden (Hölzel 2010).

Dass sich Meditation positiv auf die Gesundheit und Lebenszufriedenheit auswirkt, wissen die fernöstlichen Lehren des Buddhismus schon lange. Der Dalai Lama schreibt in dem Buch *Die Regeln des Glücks* (Cutler 2002, S.22f): „Ich bin davon überzeugt, dass der eigentliche Sinn unseres Lebens im Streben nach Glück besteht“ und weiter „Ja. Ich glaube, dass Glück durch die Schulung des Geistes erlangt werden kann. >Geist< beziehe ich nicht nur auf unsere kognitiven Fähigkeiten (...). Es schließt Intellekt und Gefühl, Herz und Verstand ein. Mit einer gewissen inneren Disziplin können wir unsere gesamte Lebenseinstellung umwandeln. (...). Im Allgemeinen beginnt man jedoch mit der Identifizierung der Faktoren, die zu Glück führen und jener, die Leid hervorbringen. Danach eliminiert man die Letzteren schrittweise und pflegt die Ersteren. Das ist der Weg.“

Die systematische Schulung des Geistes - die Entfaltung von Glück, die echte innere Wandlung durch die absichtliche Auswahl von positiven Geisteszuständen und die Ausrichtung darauf einerseits sowie das Herausfordern der negativen mentalen Zustände andererseits - ist aufgrund der Struktur und der Funktion des Gehirns möglich. Unser Gehirn ist formbar, es kann sich stets verändern und seine Vernetzung infolge neuer Gedanken und Erfahrungen umgestalten. Als Resultat des Lernens verändert sich die Funktion der individuellen Neuronen und erlaubt somit elektrischen Signalen, sich noch schneller an ihnen entlang zu bewegen. Die Fähigkeit zur Plastizität des Gehirns ist auch die Grundlage für die Vorstellung, dass innerer Wandel mit Lernen beginnt und die Disziplin einschließt, allmählich unsere „negativen Konditionierungen“ durch „positive Konditionierungen“ zu ersetzen. So wird die Idee, den Geist im Hinblick auf Glück zu schulen, eine sehr reale Möglichkeit (Cutler 2002, S.54f). Meditation stellt eine Methode dar, in sich hineinzuhorchen, zu sich selbst zu finden und sich zu entwickeln.

Dieser Ansatz ist auch ein zentrales Anliegen von Shiatsu und jede ShiatsupraktikerIn ist dazu angehalten, sich fortwährend weiterzubilden und an sich selbst zu arbeiten, um die Qualität der Behandlungen zu vertiefen.

Auf die Methode und Wirkweise dieser manuellen Therapie und Körperarbeit soll im folgenden Kapitel eingegangen werden.

## 2. Shiatsu

Zunächst möchte ich einen Überblick über das komplexe System der chinesischen Medizin geben, welches die Grundlage von Shiatsu darstellt. Ich möchte mich hier hauptsächlich auf die für die vorliegende Arbeit essentiellen Bereiche konzentrieren, um die östliche Sichtweise



des Krankheitsbildes Bulimie zu verdeutlichen. Wobei ein Vergleich der sehr unterschiedlichen Denkweisen in der Behandlung, eine Beschäftigung mit der Geschichte und Philosophie der Kulturen notwendig macht, um ein tieferes Verständnis zu entwickeln.

## **2.1 Geschichte und Philosophie:**

„Das „Nei Ching“ (Buch des Inneren) ist der erste überlieferte Text zur Chinesischen Medizin. Es wurde um 100 v. Chr. geschrieben und stellt eine Materialsammlung von Huang Ti, dem Gelben Kaiser, dar“ (Ridolfi 1998). Verschiedene Therapieformen wie Akupunktur, Anwendungen von Heilkräutern, Moxibustion (das Abbrennen von Kräuterkegeln auf oder nahe der Haut zur Stimulierung bestimmter Körperregionen oder Akupunkturpunkten), und Anna (chinesische Massage) wurden aufgrund bestimmter geographischer und kultureller Gegebenheiten innerhalb des Landes entwickelt und spezialisiert. Die Verbindungen zwischen China und Japan folgten einem langen historischen Verlauf. Reisen, Handel, interkulturelle Ehen und Kriege trugen dazu bei, dass die japanische Kultur die Traditionelle Chinesische Medizin für die Verwendung im eigenen Land weiterentwickelte. Erst im 20. Jahrhundert hat Tokujiro Namikoshi die verschiedenen Formen der energetischen Körperarbeit und manuellen Behandlungsmethoden kombiniert und unter dem Namen Shiatsu vereint, um sich von den reinen Entspannungsmassagen abzugrenzen. Das Shiatsu, das in Japan ausgeübt wird, unterscheidet sich von den im Westen praktizierten Shiatsu-Stilen. Das liegt vor allem an den kulturell bedingten Unterschieden in der Einstellung zum Heilen. „Das japanische Shiatsu ist mehr physischer Natur und bedient sich vieler tiefenwirksamer und manipulativer Techniken, kombiniert mit starken Dehnungen. Im Westen wird viel mehr die emotionale Ebene mit einbezogen“ (Ridolfi 1998).

Die Verwendung von Shiatsu ist in Japan tief im Alltagsleben verankert. In der Japanischen Schwerindustrie wird Shiatsu den Arbeitern als kostenlose Gesundheitsvorsorge angeboten und die meisten japanischen Familien kennen und verwenden die einfachen Massagetechniken des Shiatsu zuhause (Ray Ridolfi 1998. S. 14f).

## **2.2 Was ist Shiatsu?**

### **2.2.1 Definition laut dem Dachverband für Shiatsu**

„Shiatsu ist eine eigenständige in sich geschlossene Form der ganzheitlichen, manuellen Körperarbeit (...). Ins Deutsche übersetzt bedeutet *shi* Finger und *atsu* Druck. Druck im Sinne von aufmerksamer, achtsamer Berührung, die mit Fingerspitzen, Handballen, Ellenbogen,

Knien oder Füßen ausgeübt wird. Die Intensität der Berührung wird den Bedürfnissen der KlientInnen angepasst. Das größte Potenzial von Shiatsu liegt in der Vorsorge, der Aktivierung der Selbstheilungskräfte des Organismus und einer Steigerung des körperlichen Wohlbefindens“. (Dachverband für Shiatsu: [http://www.shiatsuverband.at/cms/front\\_content.php?idcat=156&lang=1&client=](http://www.shiatsuverband.at/cms/front_content.php?idcat=156&lang=1&client=) [19.4.2010(15:15)]).

### **2.2.2 Hara-Shiatsu:**

Das Hara-Shiatsu Institut (Mariahilferstr. 115, 1060 Wien) wurde von Tomas Nelissen gegründet. Er lernte als einer der ersten Europäer direkt in Japan bei Shizuto Masunaga und passte nach seiner Rückkehr sein Shiatsu den westlichen Verhältnissen und Bedürfnissen an und entwickelte es weiter. „Um es von den bewegenden Druckformen wie dem Namikoshi Stil, der Akupressur und anderen punktuellen Behandlungsmethoden zu unterscheiden und die Qualität der stabilen Druckform hervorzuheben, hat Tomas Nelissen bewusst den Begriff Hara mit dieser Art von Shiatsu verbunden. Das Wesentliche an „Hara-Shiatsu“ ist der stabile Druck, der aus dem Hara (der Körpermitte) aufgebaut wird und die Arbeit mit beiden Händen“(Hara-Shiatsu <http://www.hara-shiatsu.at/harashiatsu.html> 9.4.2010 15:35). Der Behandlungsablauf umfasst zunächst eine energetische Bestandsaufnahme (Hara-Bauch-Diagnose, Zungendiagnose) auf deren Grundlage ein entsprechender Behandlungsplan entworfen wird. Eine Hara-Shiatsu Behandlung dauert eine knappe Stunde und wird in bequemer Bekleidung am Boden auf einer Matte durchgeführt. Je nach Art der Beschwerden können Moxibustion (Stimulierung bestimmter Akupunkturpunkte mittels Kräuterkegel, die nahe der Haut abgebrannt werden) oder Schröpfbehandlungen (ein ausleitendes Verfahren bei dem mittels sogenannten Schröpfgläsern ein Unterdruck auf einem begrenzten Hautareal erzeugt wird) mit einbezogen werden. Häufig werden auch geeignete Übungen für zu Hause mitgegeben. Am effektivsten hat sich eine Erstbehandlungsserie von mindestens fünf Behandlungen (1 Behandlung pro Woche) erwiesen (Hara-Shiatsu <http://www.hara-shiatsu.at/harashiatsu.html> 9.4.2010 15:35).

### **2.3 Techniken des Shiatsu:**

Im Shiatsu gibt es drei wichtige Regeln (Masunaga, Ohashi 1996, S.82f). Einerseits der senkrechte Druck, der im Allgemeinen kräftig mit Einsatz des gesamten Körpers der BehandlerIn und unter Einbeziehen der Schwerkraft erfolgt. Weiters wird der Druck auf ein Tsubo (Akupunkturpunkt) oder eine Körperzone zwischen 2 und 7 Sekunden gehalten (in

manchen Fällen bis zu 30 Sekunden), damit die Wirkung nicht an der Oberfläche bleibt, sondern das vegetative Nervensystem und die inneren Organe erreicht. Ein weiteres Element ist der stützende Druck. Die PatientIn und die Praktizierende hängen miteinander zusammen, stützen sich und tauschen durch die Behandlung Energie aus. Wenn jemand behandelt wird, dessen Muskeln angespannt sind, kann auch der stärkste Druck nicht in die Tiefe des Körpers dringen. Deshalb ist es nötig, dass der Druck der einen Hand von einem ausgleichenden Druck der andern Hand abgestützt wird. Beim Shiatsu wirkt die eine Hand durch Stützdruck sedierend (beruhigend), während die andere durch Massage tonisierend (aktivierend) wirkt. Die stützende (Yin-Hand) gibt den in die Tiefe wirkenden Halt, der nötig ist, um den Körper für die Behandlung vorzubereiten. Ohne diese Kraft würde die Arbeit der behandelnden Hand (Yang-Hand) oberflächlich und oft schmerzhaft sein. Diese Zwei-Hände-Technik ist eine effektive Methode, den Energiefluss im Körper zu harmonisieren. (Masunaga, Ohashi 1996, S.82f)

## **2.4 Wirkung von Shiatsu**

In einer Langzeitgruppenstudie der Universität Leeds in drei europäischen Ländern (Österreich, Spanien und Großbritannien) wurden die Wirkung von Shiatsu und die Erfahrungen, die mit dieser manuellen Behandlungsform gemacht wurden, erhoben. Es füllten insgesamt 633 KlientInnen alle 4 vorgegebenen Fragebögen aus. (nach der ersten Shiatsu-Behandlung, 4-6 Tage nach der ersten Behandlung, nach 3 und nach 6 Monaten). Die unmittelbare Wirkung, die während und nach der Erstbehandlung auftrat, war durchwegs positiv. Es zeigte sich ein beachtlicher Rückgang der Schwere der Symptome für alle Symptomgruppen vom Ausgangspunkt bis zu den Folgebehandlungen drei und sechs Monate später bei den KlientInnen aus Österreich und Großbritannien. Der größte Rückgang erfolgte bei den Symptomen „Verspannung oder Stress“, gefolgt von „Probleme mit Muskeln, Gelenken oder der Körperstruktur“ einschließlich Rückenschmerzen und Haltung. Bei den KlientInnen aus Spanien war ein erheblicher Rückgang an „Problemen mit den Muskeln, Gelenken oder der Körperstruktur“ zu verzeichnen. Bei den Shiatsu-spezifischen Fragen, die auf Aussagen anderer KlientInnen über einen potenziellen Nutzen von Shiatsu beruhen, zählen die allgemeine Verbesserung der Gesundheit, Zuversicht in die Gesundheit, Hilfe bei der Verbesserung der Haltung oder der Art und Weise wie der eigene Körper eingesetzt wird, Veränderungen im Körperverständnis und in der Körpererfahrung, Hoffnung auf Besserung, Fähigkeit sich selbst zu helfen und persönliche Weiterentwicklung. Diese Aussagen stießen auf „Zustimmung“ oder „große Zustimmung“. Zur Frage über die Veränderungen im

Lebensstil gaben länderübergreifend drei Viertel der KlientInnen an, sie hätten Empfehlungen zur Ausübung von Körperübungen, Haltung oder Ernährungsverbesserungen von der Shiatsu-PraktikerIn mitbekommen. Nach sechs Monaten gaben vier Fünftel der KlientInnen an, ihren Lebensstil geändert zu haben und sich mehr Zeit für Ruhe, Entspannung und Übungen genommen zu haben. Ein Drittel der KlientInnen hatte andere Änderungen vorgenommen, die beispielsweise in den Bereichen „Körper- und Geistbewusstsein“, „allgemeiner Lebensstil“ und „Vertrauen und Entschlossenheit“ lagen. Mit der Zeit war eine Abnahme bei den Arzt- und Krankenhausbesuchen sowie bei der Verwendung konventioneller Arzneimittel feststellbar. Die Ergebnisse bestätigen eine positive kurz- und längerfristige Wirkung, die von den KlientInnen wahrgenommen wurde. Sie reicht von der Veränderung der Symptome bis zu Veränderungen des Lebensstils in positiver Richtung. „Der Nutzen hinsichtlich des allgemeinen Wohlbefindens, der Erhaltung und Förderung der Gesundheit sowie hinsichtlich des Gesundheitsbewusstseins ist bemerkenswert. Dies deutet darauf hin, dass Shiatsu eine Rolle im öffentlichen Gesundheitswesen einnehmen könnte „(Long AF 2007).

## **2.5 Grundlagen der chinesischen Medizin**

### **2.5.1 Yin und Yang**

Das Yin-Yang-Konzept ist wahrscheinlich die wichtigste und unverwechselbarste Theorie der Chinesischen Medizin. Die Physiologie, Pathologie und Behandlungslehre der Chinesischen Medizin basieren auf den Prinzipien von Yin und Yang. „Dieses Konzept ist einerseits äußerst einfach, gleichzeitig jedoch sehr tiefgreifend. Yin und Yang repräsentieren gegensätzliche, jedoch einander ergänzende Eigenschaften. Jedes Ding, jedes Phänomen kann gleichzeitig es selbst und sein eigener Gegensatz sein“ (Maciocia 1997 S.1). Die chinesischen Schriftzeichen für „Yin“ und „Yang“ beziehen sich auf die Schatten- und Sonnenseite eines Hügels. Somit steht das Schriftzeichen „Yin“ für die schattige Seite eines Hügels, das Zeichen „Yang“ zeigt die sonnige Seite. In weiterer Folge bedeuten sie „Dunkelheit“ und „Licht“ bzw. „schattig“ und „hell“ (Platsch 2000 S.4f).

The image shows two large, bold Chinese characters side-by-side. The character on the left is '陽' (Yang), which is composed of the sun radical '日' and the radical '阝' (mountain). The character on the right is '陰' (Yin), which is composed of the radical '阝' (mountain) and the radical '阝' (mountain). The characters are written in a traditional, slightly stylized font.

Abb.2: Linkes Schriftzeichen bedeutet Yang , rechtes Yin

„Die „alten Chinesen“ waren jedoch keine Schwarz-Weiß-Maler, sondern Meister aller Grauabstufungen. So fließen in der Darstellung der Yin-Yang-Monade schwarz und weiß ineinander über, schwarz und weiß sind in Bewegung und im Wandel. Im Yin ist immer ein Körnchen Yang und im Yang die Spur des Yin als Symbol des Wandels und des Neubeginns enthalten“ (Platsch 2000 S.4f).

Aus psychologischer Sicht werden die bewussten Handlungen einer Person mit dem Licht der Sonne verglichen, denn so wie Licht notwendig ist, um sehen zu können, ist das Bewusstsein notwendig, Kontraste wahrnehmen zu können. Hinter den Dingen, die wir bewusst wahrnehmen, sind jene, die im Bereich des Unbewussten liegen. Sie existieren, wie C.G. Jung es beschrieb, im Schatten. „So sind zum Beispiel die introvertierten Elemente einer extravertierten Person genauso Schattenelemente wie die extravertierten Elemente einer introvertierten Person“ (Ryokyu 2002, S.19). Unter diesem Gesichtspunkt sind Yin und Yang zwei Stadien einer zyklischen Bewegung, wobei ununterbrochen eines ins andere übergeht. Jedes Phänomen wechselt in einer zyklischen Bewegung, das Abwechseln von Yin und Yang ist die treibende Kraft hinter seinem Wechsel und seiner Entwicklung. „Tag geht in Nacht, Sommer in Winter, Wachstum in Verfall über und umgekehrt. So beinhaltet jedes Phänomen in sich selbst in verschiedenem Ausprägungsgrad beide dieser Aspekte. Der Tag gehört zum Yang, erreicht aber zu Mittag seinen Höhepunkt und das enthaltene Yin beginnt sich nach und nach zu entfalten“ (Maciocia 1997 S.4).



Abb. 3: Yin und Yang

„In der medizinischen Anwendung von Yin und Yang zielt letztlich jede Behandlungsmethode auf eine der vier folgenden Strategien ab: Das Yang stärken, das Yin stärken, Yang-Fülle beseitigen, Yin-Fülle beseitigen“ (Maciocia 1997 S.7).

Das Wechselspiel von Yin und Yang bestimmt den Fluss der Lebensenergie. Das I Ging erklärt die Wichtigkeit der Harmonie zwischen Yin und Yang und behauptet, dass der

Zustand von Qi durch die Veränderungen im Gleichgewicht dieser beiden Gegensätze bestimmt wird (Ryokyu 2002 S.33).

### **2.5.2 Qi, die Lebensenergie**

Die Wechselwirkung von Yin und Yang führt zu Qi. Die Idee des Qi ist von unserem westlichen Verständnis schwer nachvollziehbar, doch auf dieser Philosophie basiert das medizinische Denken des „fernen Ostens“ (Maciocia 1997 S. 40).

„Das Wort „Qi“ (Tschì gesprochen) stammt aus dem Chinesischen und bedeutet wörtlich „der Dampf aus dem Reis“ oder „Nahrungssensenz“. Es kann auch mit „Atem“ „Energie“ oder „vitale Lebenskraft“ übersetzt werden. Wie man „Qi“ übersetzt hängt auch damit zusammen, welchen Standpunkt man einnimmt“ (Maciocia 1997 S.40). In einem japanischen Wörterbuch stößt man unter dem Eintrag „Ki“ (japanische Schreibweise) auf die Begriffe Geist, Seele, Herz und auf hunderte Wörter in denen Qi vorkommt. Bei den meisten handelt es sich um einfache Beschreibungen menschlicher Stimmungen, Einstellungen und Charakterzüge. Das japanische Wort „Byoki“ lässt sich mit „gestörtes Ki“ übersetzen, „genki“ bedeutet „Quelle des Ki“ oder einfach „Gesundheit“. Qi ist das Leben selbst und daher permanent in Veränderung (Ridolfi 1998,S.18).

Chinesische Philosophen und Ärzte betrachteten die Wechselbeziehung zwischen Universum und Menschen und schlossen daraus, dass das Qi des Menschen Resultat einer Interaktion zwischen dem Qi des Himmels und jenem der Erde ist. Diese Betonung der Beziehung zwischen Menschen und ihrer Umwelt berücksichtigen sie bei der Bestimmung von Ätiologie, Diagnose und Behandlung einer Erkrankung. Im Besonderen sind zwei Aspekte des Qi für die Medizin von großer Relevanz. Einerseits ist Qi Energie, die sich gleichzeitig auf der physischen und auf der psychischen Ebene manifestiert und andererseits ist Qi in einem konstanten Zustand des Flusses und in veränderlichen Zuständen der Aggregation. Wenn Qi kondensiert, wandelt sich Energie um und häuft sich als physische Form auf (Maciocia 1997 S.41). Ray Ridolfi und Susanne Franzen (1998) beschreiben diese universelle Energie, welche die Grundlage der therapeutischen Behandlung im Shiatsu ist, in ihrem Buch „Das große Shiatsu Handbuch für Frauen“. Diese Lebenskraft schafft Struktur für physische, emotionale, mentale und spirituelle Stabilität. Nach der chinesischen Philosophie ist der Körper das gegenwärtige „Gefäß“ der physikalischen Manifestation des Geistes. Diese Energie sorgt für ein homöostatisches Gleichgewicht. Ein Beispiel: Wenn das Qi durch äußere Traumata (Verletzung) oder innere Traumata (Angst oder Stress) beeinträchtigt wird, kann das bestimmte Symptome oder Blockaden auslösen, „die sich in erster Instanz im Meridiansystem

bemerkbar machen und bei Nichtbeachtung in tiefere Schichten vordringen können“ (Zitat Tomas Nelissen). Die Aufgabe der Shiatsu- TherapeutIn ist es, die energetischen Blockaden zu lösen, um einen freien Energiefluss zu gewährleisten und ein Gleichgewicht anzustreben. Qi ist dabei die „Information“ die der Körper braucht, um im Gleichgewicht zu bleiben. Mit „Information“ ist die Kommunikation zwischen den einzelnen Körperbereichen gemeint, die als ein Ganzes zusammenwirken (Ridolfi 1998). Qi ändert seine Form in Abhängigkeit von Lokalisation und Funktion. Beispielsweise gibt es im Inneren des Körpers das Nähr-Qi. Seine Funktion ist die Ernährung des Körpers mit Energie, es ist dichter als das Abwehr-Qi, welches an der Körperoberfläche lokalisiert ist und den Körper schützt. Störungen des Abwehr- oder des Nähr-Qi äußern sich in verschiedenen klinischen Zeichen und werden nach verschiedenen Behandlungsmethoden verlangen. Letztlich sind sie aber nichts Anderes als zwei unterschiedliche Manifestationen ein und derselben Qi-Energie (Maciocia 1997 S.42). Wir produzieren Qi bei der Aufnahme und Verwertung von Luft, Essen und Trinken. Hier wird der essenzielle Zusammenhang unserer Lebensweise und der Qualität unserer Umwelt und Nahrung deutlich (Ridolfi 1998). „Ein Verständnis des Konzepts von Qi ist eine Grundvoraussetzung, um die asiatische Kultur zu begreifen. Die Japaner und Chinesen selbst bedürfen kaum einer Erklärung dafür, dass Qi, obwohl nicht analysierbar, eine beständige und vitale Kraft darstellt. Im Westen gibt es jedoch weder einen vergleichbaren kulturellen Hintergrund noch einen geeigneten Begriff oder ein Konzept, um Qi auszudrücken. Qi basiert auf der direkten Erfahrung und nicht auf Fakten, die man quantitativ oder verbal ausdrücken kann“ (Ryokyu 2002, S.34).

Neben dem Yin-Yang Prinzip werden auch die fünf Elemente - Wasser, Holz, Feuer, Erde und Metall - als Diagnosesystem verwendet. Sie sind essentieller Bestandteil der östlichen Medizin und verkörpern die unterschiedlichen energetischen Stadien von Yin und Yang.

### **2.5.3 Die fünf Elemente**

Die Lehre der Fünf Elemente ist keine „exakte Wissenschaft“ im Sinne der westlichen Naturwissenschaften, sondern eher mit einem Gemälde vergleichbar. Die einzelnen Nuancen des Gemäldes Mensch tragen zum Gesamtbild bei, haben aber isoliert und für sich genommen keine so große Bedeutung. Die Fünf Elemente beeinflussen sich gegenseitig in unterschiedlicher Weise. Erst dieses Beziehungsgeflecht, das ein lebendiges, fließendes Gleichgewicht ist, macht den ganzen Menschen aus.

So stellt das System der fünf Elemente ein Hilfswerkzeug dar, den Menschen zu erfassen und die einzelnen Aspekte seiner Geschichte in Beziehung zu sehen (Rappenecker, 1996).

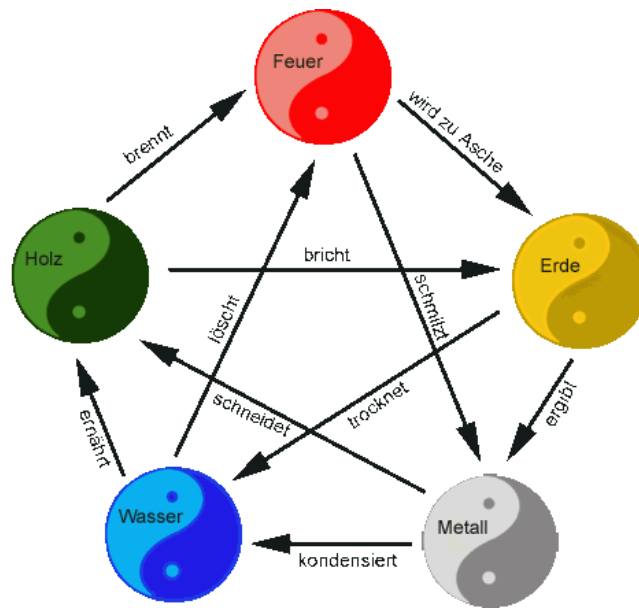


Abb.4:5Wandlungsphasen([http://www.arbeitslehre.de/wiki/Die\\_F%C3%BCnf\\_Elemente\\_Ern%C3%A4hrung](http://www.arbeitslehre.de/wiki/Die_F%C3%BCnf_Elemente_Ern%C3%A4hrung) [29.2.2012])

Am Anschaulichsten kann der Wandel und der Zyklus der Elemente am Beispiel der Jahreszeiten verdeutlicht werden.

Der Anfang oder Neuanfang steht für das Holzelement. Es symbolisiert den Frühling, das junge Yang, das Aufkeimen der Pflanzen und Wachstum. Das Leben blüht auf, es herrscht eine nach oben empor sprießende Dynamik. Wie auch die Lebensphase der Kindheit und Jugend mit ihrer Lebensenergie und Expansion, gehört jeder Neuanfang, sei es beruflich oder in einer Beziehung, zu den Charakteren dieses Elements.

Das Element Holz verkörpert die dem Menschen innewohnende Sehnsucht nach fortwährender persönlicher, geistiger und auch spiritueller (Weiter-)Entwicklung. Diese Sehnsucht manifestiert sich während des ganzen Lebens. Wird die Entfaltung blockiert, so entstehen Spannungen und Wut. Ärger und Wut sind die dem Element zugeordneten Emotionen. Die Organe dieses Elements sind Leber und Gallenblase.

Nach dem Frühling bricht der Sommer und somit das Feuerelement heran. Es ist charakterisiert durch Hitze, die Mittagszeit, wenn die Sonne am höchsten steht und auch den Höhepunkt des Lebens mit der reifen Ausgelassenheit der jungen Erwachsenenjahre, die vielfach als Blüte des Lebens bezeichnet werden. Zu dieser Zeit sind die physischen Reifungsvorgänge abgeschlossen und der Körper befindet sich auf dem Höhepunkt seiner Kraft. Die ganze Welt mit allen ihren unzähligen Möglichkeiten steht dem jungen Erwachsenen offen. Oft kommt eine große Neugier auf und der Wunsch, viele dieser Möglichkeiten auszuprobieren. Die Energie des Feuers geht in viele Richtungen. Liebe und



Freude sind die Emotionen des Feuerelements sowie die Farbe Rot als Ausdruck des Herzens. Im Lachen und Reden zeigt sich die Qualität des Feuers. Die Organe Herz und Dünndarm sind diesem Element zugeordnet.

Den beiden bisher besprochenen Yang-Elementen, dem aufsteigenden und nach vorne drängenden Holz sowie dem in alle Richtungen strahlenden Feuer folgt die Erde, das harmonisierende und ausgleichende Element. Im Vergleich mit den anderen wird es als weder Yin noch Yang angesehen, es liegt sozusagen in der Mitte. Ursprünglich wurde die Erde im Zyklus auch nicht in die Peripherie zwischen Feuer und Metall, sondern ins Zentrum gesetzt. Wie die Nabe im Zentrum eines Rades symbolisiert sie das, was alle Teile gemeinsam haben und was sie zusammenhält. Das Erdelement im Menschen stellt sein Zentrum dar. Der Bauch, das Hara, mit den darin liegenden Verdauungsorganen wird in traditionellen Anschauungen als der Mittelpunkt des Menschen angesehen. Erde ist das wichtigste Element in Bezug auf die Verdauung und sichert die Erschließung von Qi aus der Nahrung. (Rappenecker 1998, S. 63). Zu diesem Element gehören die Organe Magen und Milz. Das Erdelement steht für den Spätsommer, in dem alles reift und blüht und die Früchte des Lebens geerntet werden können. Es gibt Nahrung im Überfluss, die Bedürfnisse können gesättigt werden und man ruht zufrieden in sich selbst. Der Mensch hat das mittlere Erwachsenenalter erreicht, wirkt gereift, ausgeglichen und beständig. Die Jahre des Auslebens in der Feuerphase sind vorbei und es reift der Wunsch, sich niederzulassen, eine Familie zu gründen und die Früchte zu ernten, die man gesät hat. Die Emotion der Erde ist das Mitgefühl und die Sorge.

Mit dem Herbst bricht das reife Erwachsenenalter heran, so wie die Pflanzen ihre Säfte zurücknehmen, richtet sich auch die Energie des Menschen nach innen. Ein wichtiger Aspekt ist die Atmung, die eine Verbindung zwischen innen und außen herstellt sowie die Haut welche auch vom Metallelement kontrolliert wird. Das Metallelement liebt Bewegung, vor allem an der frischen Luft, um die Atmung und den Kreislauf zu stimulieren. Lunge und Dickdarm sind die dem Element Metall zugeordneten Organe und stehen für Aufnehmen und Loslassen. Die vorherrschende Emotion dieses Elements ist die Trauer.

Wasser ist im Elemente-Zyklus das große (alte)Yin. Es stellt die Ruhe an sich dar und in dieser Ruhe liegt die Kraft des Menschen und seiner Organe. Das Wasserelement steht für das Urvertrauen, die Sicherheit, das Wissen wer man ist und wo man hin will. Es beherbergt die Basis-Energie und stellt die Grundlage für die Gesundheit der anderen Organe und Elemente dar, die von seinem Zustand abhängig sind. Es ist Winter geworden, alles wird ruhig und zieht sich zurück, die Lebensphase ist das hohe Alter, welches Lebenserfahrung und Weisheit mit sich bringt. Die zugeordneten Organe sind Niere und Blase. Neben der

Ausscheidungsfunktion werden die Qualität der Knochen und Zähne, sowie der Zustand der Kopfhare zu den Zuständigkeitsgebieten dieser zwei Organe gezählt. Das Sinnesorgan sind die Ohren, ein gutes Gehör zählt zu den Stärken des Wasserelements. Auf der psychischen Ebene ist die Emotion Angst und die Reaktion in Krisensituationen Ausdruck des Wasserelements (Rappenecker 1998, S.103ff).

Die Lehre der fünf Wandlungsphasen stellt einen systemischen Ansatz dar, da die Beziehung der einzelnen Elemente untereinander und deren gegenseitige Beeinflussbarkeit zentral für diese Theorie sind. Ist ein Element unausgewogen, so hat das Auswirkungen auf alle anderen Elemente. „Wenn z.B. ein Mensch nicht weiß, was er will (Wasser), wird es ihm schwer fallen, sich weiter zu entwickeln (Holz) und sich zu entfalten (Feuer). Zufriedenheit stellt sich nicht ein (Erde), und ein Abschließen und Rückzug (Metall) für einen Neuanfang (Wasser) ist nicht möglich.“ In der Behandlung ist das Verständnis der Beziehung der Wandlungsphasen untereinander wichtig für das Verstehen der Ursachen von Disharmonien im energetischen Muster des Klienten (Rappenecker 1996).

#### **2.5.4 Das Energiesystem**

Qi zirkuliert auf bestimmten Wegen oder Energiekanälen durch den Körper, die Meridiane genannt werden. Die Meridiane sorgen dafür, dass alle körperlichen Funktionen ausgeführt werden. Es gibt 12 Hauptmeridiane, wovon jeder ein bestimmtes Organ oder System mit Energie versorgt und auch dessen Namen trägt. Sie sind im Körper symmetrisch angeordnet, verbinden die verschiedenen Körperregionen miteinander und sichern die richtige Verteilung von Qi im ganzen Körper. Es werden 6 Yin und 6 Yang Organe unterschieden, wobei immer zwei ein funktionelles Paar bilden. Bei Gesundheit fließt Qi ungehindert und die Energie wird gleichmäßig über das Leitbahnsystem verteilt. Ist ein Meridian blockiert, kann das damit verbundene Organ oder System erkranken. Krankheit ist ein Zeichen, dass die Energie innerhalb dieses Meridians aus dem Gleichgewicht geraten ist. Entlang der Meridianbahn befinden sich Stellen mit gebündeltem Qi. Diese sind leichter zu erreichen, da die Energie mehr an der Oberfläche liegt. Diese Punkte werden „Tsubos“ oder Akupunkturpunkte genannt. Alle Tsubos sind entsprechend ihrer Lage nummeriert. Leber 3 ist somit der 3. Punkt auf dem Lebermeridian (Ridolfi 1998).

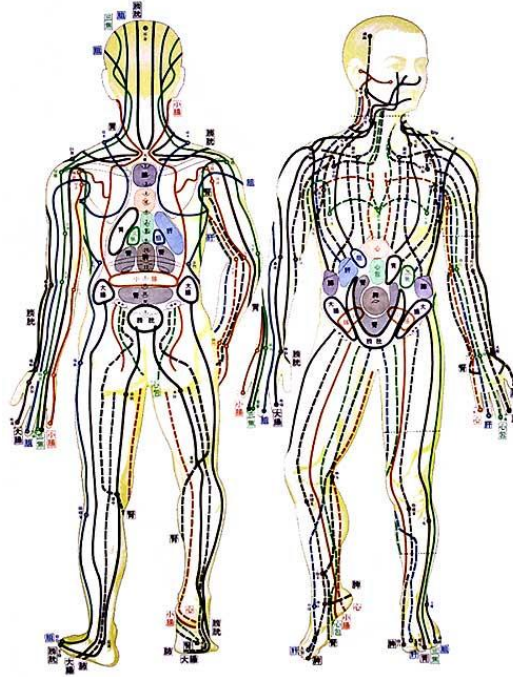


Abb. 5: Meridiansystem

(<http://acupuncturebyronbay.wordpress.com/2010/02/13/how-does-acupuncture-work/>[29.2.2012 9:34])

## 2.6 Psychosomatik in der chinesischen Medizin

Eine Krankengeschichte sowie die Therapie ist immer auch Teil der Lebensgeschichte. Wie unsichtbare Fäden beeinflussen verschiedene Faktoren den Fluss des Lebens (Platsch 2000). Seelische Probleme sind nicht auf das „Seelische“ allein beschränkt. Vielmehr zeigen sie sich im ganzen Menschen, also auch in seinem Körper. Darüber hinaus zeigen sich viele heftige seelische Konflikte sogar in erster Linie im Körper, ohne dass dem betroffenen Menschen die seelische Dimension bewusst wäre. Umgekehrt sind auch körperliche Probleme immer im seelischen Erleben eines Menschen präsent. „Das den körperlichen Schwierigkeiten zugrunde liegende energetische Geschehen zeigt sich auch in seinem Lebensgefühl, in seinen Gedanken, Emotionen, Hoffnungen, Ängsten. Seele und Körper lassen sich eben nicht voneinander trennen“ (Platsch 2000).

Dr. Wilfried Rappenecker, Arzt für Allgemeinmedizin und Leiter der Schule für Shiatsu in Hamburg beschreibt anschaulich die Wahrnehmung von seelischen Anspannungen in der Körpersprache des Menschen. Seelische Krisen können in vielen Bereichen des Körpers ihren Ausdruck finden und auffällige Spannungsmuster aufzeigen. Typische Orte sind z.B. die Kaumuskulatur unterhalb des Jochbein („die so sehr angespannt sein kann, dass ein Mensch des nachts seine Zähne in Grund und Boden knirscht“), die obere Halswirbelsäule, der Hals („vielleicht mit dem Gefühl, einen Kloß im Hals zu haben“), der Brustkorb (das Gefühl, nicht

tief durchatmen zu können), das obere Brustbein („wo nicht selten ein Druckgefühl vorherrscht oder auch das Gefühl, als sitze dort etwas fest, so dass man sich beständig räuspern oder husten muss“), usw. Wenn mit den spannungsgeladenen Orten (Jitsu) ebenso wie mit Bereichen gegensätzlicher Qualität (spannungsarm, Kyo) direkt gearbeitet wird, die Gegensätze miteinander bzw. auch mit anderen, entlegeneren auffälligen Bereichen verbunden werden und freie Verbindung und Kommunikation angeboten wird, so treten meist sofort Veränderungen auf. Die extremen Gegensätze von Spannung und Tonusmangel lassen nach, das kompromisslos Harte wird weicher, das Leere füllt sich. Die auffälligen Bereiche erscheinen stärker miteinander verbunden. Meist finden solche Veränderungen zuerst im energetischen Raum statt, bevor sie sich auch körperlich zeigen. Die Folge können neue Gedanken sein, sich anders im eigenen Körper, im Leben zu fühlen, die Freiheit, Dinge anders zu machen, neue Wege zu gehen.

„Ziel ist es, durch bessere Kommunikation vorher voneinander getrennter Bereiche dem Menschen neue Möglichkeiten anzubieten. Ihm ein Mehr an Freiheit anzubieten, neue Lösungen für die Herausforderungen des Lebens zu finden. Wenn Menschen in großer seelischer Not zu uns kommen, sollte der Fokus nicht auf der seelischen Not liegen, die das Oberflächenphänomen einer tieferen Dynamik darstellt. Stattdessen empfiehlt es sich sehr, nach dem ganzen Menschen zu schauen (nach seiner Stärke, Schönheit und seinen positiven Möglichkeiten) und mit der tieferen energetischen Dynamik zu arbeiten. Wenn wir die Stärke sehen, werden wir selbst im Falle von schrecklichen Lebensgeschichten nicht in die Mitleidsfalle tappen, sondern werden sehen, dass der Mensch die Kraft hat, durch diese Krise hindurchzugehen und anschließend mit mehr Lebensfreude im Leben zu stehen.“

(Rappenecker W., [http://www.kientalerhof.ch/cms01/index.php?option=com\\_content&task=view&id=143&Itemid=46](http://www.kientalerhof.ch/cms01/index.php?option=com_content&task=view&id=143&Itemid=46)[31.8.2011;18:31]

## **2.7 Wie wirkt Shiatsu in Bezug auf das Krankheitsbild der Bulimie**

Eine Störung der Essgewohnheiten lässt auf eine Disharmonie des Qi von Milz und Magen schließen. Die Milzenergie wird durch Diäten und Essattacken stark geschwächt. Ein gutes Funktionieren dieser beiden Erdorgane ist die Basis für stabile Gesundheit innere Stabilität, Harmonie, Gelassenheit und Zufriedenheit (Temelie B. & Trebuth B. 1994, S.72). Die Emotion des Erdelements ist im positiven Sinne das Mitgefühl und die Zufriedenheit mit sich und der Welt, auf der anderen Seite sind das beständige Kreisen der Gedanken um sich selbst und das Grübeln Ausdruck einer Imbalance im Erdelement (Rappenecker W. 1994).

Aus Sicht der chinesischen Medizin haben die Organe Milz und Magen einen äußerst vielfältigen Aufgabenbereich, insbesondere die Umwandlung von Energie und Nahrung spielt für den Organismus eine immens wichtige Rolle. Damit Milz und Magen ihre Arbeit in ausreichendem Maß tun können, benötigen sie Energie und Wärme, die sie zum großen Teil aus der Nahrung beziehen. Eine gute Ernährung hilft die Funktionstüchtigkeit der Organe zu stärken. Falsche Ernährungsgewohnheiten, Überarbeitung und starke psychische Belastung und Stress schwächen den gesamten Organismus und rufen den weit verbreiteten Energiemangel der Milz hervor. Bei einer Milzschwäche können die Verdauung und die Umwandlung in körpereigene Stoffe und Energie nicht optimal vonstattengehen, es kann zu Völlegefühl, Blähungen, breiigem Stuhl mit unverdauten Nahrungsresten, Müdigkeit speziell nach dem Essen, Appetitlosigkeit und Konzentrationsschwäche kommen (Temelie B. & Trebuth B. 1994, S.66f).

Auch Heißhunger auf Süßes ist ein eindeutiges Zeichen dieses Qi-Mangels. Mangel an Lebensfreude und Depressionen gehen mit Ungleichgewichtszuständen des Herzmeridians einher, auch Schlafstörungen und Nervosität gehen auf das Konto dieser Imbalance. Ursache dieser Entwicklung ist häufig ebenfalls ein Qi-Mangel der Milz aufgrund schlechter Ernährung (Temelie B. & Trebuth B. 1994, S.79).

Auf der einen Seite neigt die Milz zu einem Mangelzustand mit den oben beschriebenen Symptomen, ihr Partner hingegen, der Magen tendiert bei Überbelastung zu Fülle und Hitze. Katharina Sabernig (2006) beschreibt in ihrem Buch „Tiger bändigt Drache“ anschaulich die Genese von Essstörungen aus Sicht der chinesischen Medizin. Die Magenenergie neigt bei falscher Ernährung (besonders viel Süßes wie z.B. Schokolade), Medikamenten, Alkohol, auch durch Drogen oder Rauchen zu „Hitze-Symptomen“. Symptomatisch hierfür sind eine rote Zunge mit klebrigem Belag oder gelben „Dornen“ innerhalb der medianen Furche (Maciocia 1994, S.281). Begleitet wird dieser Zustand von emotionaler Unruhe, Schlafstörungen, sowie einem Völlegefühl im Epigastrium (Oberbauch). Manche Menschen verspüren in Stresssituationen Heißhunger, dieser kann mit Sodbrennen und Hitzegefühlen im Magen verbunden sein. Eine Befriedigung des Heißhungers erzeugt durch die Überbelastung wieder eine Fülle und die Hitze-Problematik verstärkt sich. All das blockiert die Abwärtsbewegung des Qi. Erbrechen lindert den Druck und der Teufelskreis beginnt (Heißhunger - Stillung des Hungers - Völlegefühl - Erbrechen erleichtert - Hitzegefühl - Heißhunger...).

Unterdrückte Wut und kleinlicher Ärger können die Fülle verschlimmern. Darum ist es umso wichtiger, das Essen in angenehmer Atmosphäre einzunehmen. Werden Familienprobleme

beim sonntäglichen Mittagessen diskutiert, kann es sein, dass das Magen-Qi stagniert, rebelliert oder in die falsche Richtung geht. Da Essstörungen ein tieferliegendes Problem zugrunde liegt, muss herausgefunden werden, ob nicht im Wasserelement eine „geheime Entwurzelung“ versteckt ist, die den Menschen nicht in seiner Mitte verweilen lässt“ (Sabernig 2006, S.197f). Besonders Frauen neigen bei tiefer Kränkung dazu, zu erbrechen. Die Aggression (Holz), ob sie nun aus dem tiefen Inneren kommt, oder eine Konfrontation von außen darstellt, schlägt sich auf den Magen. Häufen sich diese Zustände, kann es passieren, dass man sich mitten in einer Essstörung befindet. Das Problematische bei dieser Erkrankung ist, dass bei längerer Dauer auch das Wasserelement, die Urkraft, in Mitleidenschaft gezogen wird. Unterstützend ist es gut, wenn die Betroffenen darauf achten, mit ihren Kräften auf verschiedenen Ebenen sparsam umzugehen. Geborgenheit ist hier ein wesentlicher Aspekt. Es ist wichtig ein Klima zu schaffen, das verhindern hilft, nicht von eigenen oder fremden Vorstellungen angetrieben zu werden, wo man so sein kann, wie man ist und niemandem entsprechen muss. Wichtig ist auch ein Ort, an dem man sich zu Hause fühlt. Da bei chronischen Zuständen auch das Wasserelement eine Rolle spielt, muss dieses gestärkt werden, hier spielt die „Verwurzelung“ eine große Rolle. Die Verwurzelung kann einerseits durch Meditation geübt werden, noch viel wichtiger ist jedoch eine klare Lebenssituation, in der die existenziellen Bedürfnisse geklärt sind (Sabernig 2006, S.205f).

Betrachtet man die Qualität des Erdelements, so hat es sehr viel mit Sinnlichkeit und körperlicher Wahrnehmung von Stoffen, Speisen und anderen mit den Sinnen erfassbaren Eindrücken zu tun. Eine Stärkung dieser Fähigkeiten wird auch das Erdelement stärken (Sabernig 2006, S.207). Ein signifikantes Problem stellt das Bindegewebe dar. Ein schwammiges Gewebe zeigt ganz allgemein einen Mangel des Milz-Qi an. Häufig kommen auch blaue Flecken, leichte Blutungen, Neigung zu Hämorrhoiden, aber auch Venenprobleme hinzu. Diese sind oft mit Schwellungen der Beine verbunden. Ganz allgemein neigt der Körper mehr dazu, im unteren Teil des Körpers Substanz „anzuhäufen“ (Birnentyp). Die Entwicklung von Körperbewusstsein und eine gesunde, schmackhafte Ernährung sind ein wichtiger Schlüssel zu einem konstruktiven Umgang mit den Energien dieses Elements. Doch genau dies fällt Menschen mit einer Schwäche in diesem Bereich unheimlich schwer. Somit ist es besonders wichtig darauf zu achten, das „Feuer“, die Begeisterung, zu entfachen. Hier sollte man sich Aufgaben widmen, die das Herz erfreuen. Das können soziale Aktivitäten sein, aber auch die Freude, an inspirierenden Projekten mitzuarbeiten. Spontaneität und die Aufmerksamkeit für die kleinen Geschenke des Lebens füllen die gelangweilten Speicher des

Erdelements meist rascher auf als gute Ratschläge, die nur das schlechte Gewissen nähren (Sabernig 2006, S.209).

### **2.7.1 Behandlungsplan**

In der Behandlung von Essstörungen stehen daher die Meridiane Milz und Magen im Vordergrund. Wichtig ist, die Verdauung anzuregen und zu stärken um Probleme in dem Bereich auszugleichen. Die Behandlung der Meridiane Lunge und Dickdarm unterstützen das Loslassen auf physischer und psychischer Ebene. Die Behandlung der Füße soll Stabilität vermitteln und das Gefühl unterstützen mit beiden Beinen am Boden zu stehen. Wenn unverarbeitete Emotionen als Thema im Hintergrund stehen, ist die Behandlung des Lebermeridians, der unterdrückte Wut und Emotionen freisetzen kann, notwendig. Zusätzlich ist die Förderung der Körperwahrnehmung durch bestimmte Körperübungen Teil der Shiatsubehandlung (Referat von Ricarda Doneiser, Leiterin des Shiatsupraktikums – Thema Essstörungen – im Wilhelminenspital, 2006).

## **3. Bulimia nervosa**

Lebensfreude kommt aus den Tiefen der Seele,  
sie ist nichts,  
was man im Außen zu finden vermag.  
(Chao-Hsiu Chen 2005, S.133)

„Bulimie“ - dieses Wort steht für meist heimliche Episoden von Heißhunger und Erbrechen. Ein großer Teil der Zeit und Energie gilt der Beschaffung von Lebensmitteln, Essen und anschließendem Erbrechen, oft mehrmals täglich. Kein anderer soll diese Verhaltensweise mitbekommen, nach außen hin gilt die Fassade der perfekten Frau oder des perfekten Mannes.

Die Betroffenen schämen sich wenn sie essen, es ist kein Genuss mehr, kein Lebensmittel, sondern stellt oft eine Bedrohung dar oder sogar Zerstörung. Sie essen, weil sie sich schämen; sie schämen sich, weil sie essen“ (Gröne 2000, S.10f).

Diese Aussagen stammen von Frauen, die den Schritt unternommen und therapeutische Hilfe in Anspruch genommen haben. Magret Gröne schreibt in ihrem Buch „Bulimie“ über ihre

Erfahrungen, Anregungen und Ideen, die sie in einem vieljährigen Forschungsprojekt „Vergleichende Psychotherapieformen bei psychogenen Essstörungen“ an der Medizinischen Hochschule Hannover gesammelt hatte.

### **3.1 Klassifikation**

Das Wort „Bulimie“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet „Stierhunger“ oder „Ochsenhunger“ (nach B. Jäger et al. 1993, zit.in Gröne 2000, S. 2). Die häufigste deutsche Bezeichnung der Bulimie lautet „Ess-Brechsucht“. Der Name und die Anerkennung als ein eigenständiges Krankheitsbild geht auf die Arbeit Russels im Jahr 1979 zurück(G.F.M. Russel 1979: *Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa?* Psychol. Med. 9, S.429-488 zit. in Gröne 2000, S.15f).

1980 wurde „Bulimia nervosa“ erstmals als eigenständige Diagnose in das DSM III aufgenommen. Die 3 Formen von Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-eating) galten über lange Zeit als klar voneinander abgrenzbare Störungen mit unterschiedlicher Psychopathologie, wobei vor allem die Unterschiede hervorgehoben wurden. „Neuere Forschungsergebnisse zeigen jedoch, dass zwar intraindividuell die Diagnose Essstörungen eine hohe Konstanz zeigt, dass aber im Laufe der Erkrankung Wechsel zwischen den drei Unterformen sehr häufig vorkommen“(vgl. Milos et al. 2005; Fairburn & Harrison 2003; Eddy et al. 2008. zit. in Hepp & Milos 2010).

In Fachkreisen wird deshalb die heutige Klassifikation der Essstörungen kritisiert, und es wird vermehrt auf die Gemeinsamkeiten und die Core-Psychopathologie hingewiesen (Fairburn & Harrison, 2003; Fairburn et al. 2009 zit. in Hepp & Milos 2010).

Zu dieser Hauptpathologie gehören die Fixierung auf Essthemen und die Überbewertung von Körperform und Gewicht. Bei Menschen mit Essstörung hängt das Selbstwertgefühl stark von der Körperform, vom Körpergewicht und der Fähigkeit ab, diese kontrollieren zu können (Hepp & Milos 2010).

Im ICD 10 (International Classification of Mental Disorders, Dilling et al. 2000, S.202)werden folgende diagnostische Kriterien für die Klassifikation bulimischer Essstörungen genannt:

1. Eine andauernde Beschäftigung mit Essen, eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; der Patient erliegt Essattacken, bei denen große Mengen in sehr kurzer Zeit konsumiert werden.



2. Der Patient versucht, dem dickmachenden Effekt der Nahrung durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzusteuern:
  - Selbstinduziertes Erbrechen
  - Missbrauch von Abführmitteln
  - Zeitweilige Hungerperioden
  - Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika
  - Bei Diabetikern: Vernachlässigung der Insulinbehandlung
3. Eine der wesentlichen psychopathologischen Auffälligkeiten besteht in der krankhaften Furcht davor, dick zu werden; der Patient setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze, deutlich unter dem prämorbidem, vom Arzt als optimal oder „gesund“ betrachteten Gewicht. Häufig lässt sich in der Vorgeschichte mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren eine Episode einer Anorexia nervosa nachweisen. Diese frühere Episode kann voll ausgeprägt gewesen sein oder sie war eine verdeckte Form mit mäßigem Gewichtsverlust oder einer vorübergehenden Amenorrhoe.

Das DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen-Textrevision, Saß et al. 2003) betont verstärkt den Aspekt der Essattacken und deren Kompensationsmechanismen zur Vermeidung von Gewichtszunahme und unterscheidet zwei Subtypen:

Mit Erbrechen (purging type): mit selbstinduziertem Erbrechen oder Laxantien oder Diuretika (Dilling et al. 2000, S.202).

Ohne Erbrechen (nonpurging type): bulimische Episoden mit Fasten oder Hyperaktivität, aber ohne selbstinduziertes Erbrechen, ohne Laxantien- oder Diuretika-Abusus.

### **3.1.1 Somatische Befunde**

Während den Essanfällen können große Mengen an Nahrungsmitteln vertilgt werden, wobei zwischen 1500 und 3000 Kalorien zugeführt werden, was von den Betroffenen als subjektiv zu viel empfunden wird (vgl. B. Jäger et al. 1993, zit. in Gröne 2000, S.16). Die Anzahl der Fressanfälle variiert zwischen zweimal pro Woche bis zwanzig Mal am Tag (C.G. Fairburn 1980, S616 zit. in Gröne 2000, S. 16).

Typisch ist, dass sich das Essen vorwiegend aus kohlehydrat- oder fetthaltigen Speisen und Süßigkeiten zusammensetzt. Nahrungsmittel, die sich die Betroffenen sonst streng verbieten. Außerhalb der Heißhungeranfälle sind die Betroffenen bemüht, die Nahrungsaufnahme zu

reduzieren und ihr Essverhalten ist geprägt von einer Reihe restriktiver Vorschriften: Beschränkung auf diätische Nahrung, Verzicht auf warme Mahlzeiten, eine „innere Liste verbotener Nahrungsmittel“ (Gröne 2000). Wesentliches Kennzeichen ist darüber hinaus der Heimlichkeitsaspekt der Bulimie. Aufgrund ihrer starken Scham- und Schuldgefühle legen die Frauen in der Regel großen Wert darauf, sowohl Essanfälle wie auch das anschließende Erbrechen zu verbergen (Gröne 2000).

Auffallend ist, dass bei über 60% der bulimischen Frauen eine hormonelle Regulationsstörung zu beobachten ist. Hierbei ist die Amenorrhöe nicht wie bei der Anorexie eine Folge des Untergewichts, sondern die Folge einer Regulationsstörung zwischen Hypothalamus, Hypophyse und Gonaden mit verringerten LH und FSH, die aus dem gestörten Essverhalten resultierten.

Das Gewicht der Betroffenen liegt meist im normalen Bereich. In einigen Fällen kann es als Folge häufigen Erbrechens zu Elektrolytstörungen und körperlichen Komplikationen kommen (Tetanie, epileptische Anfälle, kardiale Arrhythmien, Muskelschwäche, Osteoporose). Metabolische Alkalose, Heiserkeit, Schmerzen der Speiseröhre und funktionelle Magen-Darm-Störungen mit Obstipation sind zu beobachten. Schäden an den Zähnen und am Zahnhalteapparat als Folgen des hohen Säuregehalts in der Mundhöhle sowie von Entkalkungen durch Laxantienmissbrauch. Oft kommen Verdauungsbeschwerden wie Übelkeit, Verlangsamung der Magenentleerung und der Darmperistaltik hinzu. Bei schwerem chronischen Verlauf können Nieren und Lebersversagen zu lebensbedrohlichen Situationen führen (vgl. Wietersheim 2003 zit. in Bauernfeind 2004, S.24; Dillinger et al. 2000, Hepp & Milos 2010).

### **3.1.2 Psychische Befunde**

Essstörungen gehen häufig mit anderen psychischen Störungen einher. In einer Studie wurden mittels standardisierter Instrumente 250 Frauen mit Essstörungen untersucht. Nur 17% hatten keine weitere psychiatrische Diagnose. In je 70% fanden sich eine oder mehrere Achse I Störungen (allgemeine psychiatrische Störungen) respektive eine Achse II Störung (Persönlichkeitsstörungen), wobei sich nicht selten Achse I und II Diagnosen bei denselben Patientinnen fanden. Bei den Achse I Störungen waren Depressionen, Angst und Zwangsstörungen am häufigsten (Milos et al. 2003, zit. in Hepp & Milos 2010).

Zwanghaftes Verhalten steht oft in Zusammenhang mit Essen und Gewichtsreduktion, beispielsweise zwanghaftes Umhergehen, um Kalorien zu verbrauchen, zwanghaftes Stehen oder spezielle Rituale im Zusammenhang mit dem Essen. Gelegentlich können die

Körperbildstörungen wahnhafte Ausmaße annehmen. Sozialer Rückzug, Depression, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen und allgemeiner Verlust der Lebensenergie führen zu erheblichen Einschränkungen im Alltag und wirken sich auf die allgemeine Leistungsfähigkeit aus (Hepp & Milos 2010).

Depressive Verstimmungen, die sehr stark werden und in Suizidgedanken und –versuchen münden können, werden in Zusammenhang mit den Essanfällen und dem Erbrechen deutlich. Es wird von einer depressiven Grundstimmung, Leeregefühl und Frusterlebnissen als Auslöser für einen Essanfall berichtet. Andererseits erfolgt aber nach dem Essanfall und Erbrechen meist auch eine depressive Stimmung, die als Konsequenz des erlebten Kontrollverlustes und inneren Versagens verstanden wird.

Die Essanfälle haben für viele der Betroffenen, zumindest für eine kurze Zeit, eine drucklindernde Funktion, einige scheinen sie auch lustbesetzt zu sehen (Wietersheim 2003, zit. in Bauernfeind 2004).

### **3.1.3 Soziodemographische Befunde**

Bulimie ist eine Erkrankung, die fast nur bei Frauen vorkommt. Der Männeranteil liegt bei allen vorliegenden Untersuchungen bei unter 5%. Betroffen sind vor allem junge Frauen im Alter von 20-30 Jahren (Paul, T. 1984 in Feiereis H. 1990, S.615 zit. in Gröne 2000, S.17). Über die Prävalenz gibt es unterschiedliche Schätzungen. Befragungen in Deutschland ergaben einen Anteil von 2-4 % bei Frauen im Alter von 18-35 Jahren und ungefähr 3% bei Schülerinnen zwischen 12 und 20 Jahren (M.M. Fichter 1985 in Feiereis 1990, S.615 zit. in Gröne 2000 S.17).

### **3.2 Ätiologie von Essstörungen**

Untersuchungen zur Klärung der Ursachen und Entstehungsbedingungen der Bulimie sprechen von einer „plurikausalen Pathogenese“ (Gröne 2000, zit. nach H. Feiereis 1990, S.621). Es zeigt sich meist ein Zusammenspiel genetischer Prädisposition, biologischer und psychosozialer Risikofaktoren, sowie Umweltfaktoren (Hepp & Milos 2010).

Neben biologischen Faktoren, individuellen Defiziten und familiären Einflüssen weist die unübersehbare Zunahme des Krankheitsbildes Bulimia nervosa, fast ausschließlich in westlichen hochindustrialisierten Ländern, auch auf soziokulturelle und gesellschaftliche Beiträge hin (Gröne 2000). Gupta & Schork (1995, zit. in Hörndler & Zitt 2004) fanden in einer Untersuchung einer nicht klinischen Population einen signifikanten Zusammenhang

zwischen wahrgenommener fehlender taktiler „Nahrung“ in der Kindheit und Schlankheitsstreben, Körperunzufriedenheit sowie aktuellem Wunsch nach mehr taktiler Berührung. Schon Hilde Bruch, eine der Pionierinnen in der Erforschung und Behandlung von Menschen mit Essstörungen, hat auf diese Zusammenhänge hingewiesen: „Wenn die angeborenen Bedürfnisse des Kindes und die Reaktionen der Umgebung nur mangelhaft aufeinander abgestimmt sind, entsteht ein verwirrendes Durcheinander in seinem konzeptionellen Bewusstsein.“ (Bruch 1991, S.69 zit. in Hörndler & Zitt 2004). Wenn Erwachsene mit ihrem eigenen Körper und dem Körper des Kindes nicht in Kontakt sind, würden sie die Wahrnehmung für eine angemessene Reaktion in Bezug auf das Kind verlieren. Bruch H. (1991) meint, die Bezugsperson reagiere nicht über die sinnliche Wahrnehmung, sondern über ihre Denkmodelle. In diesem Zusammenhang schreibt auch Jean Liedloff (2002) in ihrem Buch „Auf der Suche nach dem verlorenen Glück“ wie wichtig der Körperkontakt bei Babys für ihre seelische Reife, psychische Entwicklung und ihr Körperbewusstsein ist. Abgesehen von der frühkindlichen Entwicklung und dem eben beschriebenen Mangel, darf ein Exkurs auf die Rolle und Stellung der Frau nicht fehlen, die in den letzten Jahrzehnten einen rasanten Wandel durchgemacht hat (Gröne 2000).

Margit Hörndler und Christian Zitt (2004), Psychotherapeut/In bei Sowhat (Institut für Menschen mit Essstörungen) schreiben, dass „der Körper in der westlichen Gesellschaft und Kultur enorme Beachtung findet (Werbung, Mode, Fitness, Wellness), während gleichzeitig das Gefühl für die eigene Körperlichkeit und seine Akzeptanz, die sensible Wahrnehmung der Körperempfindungen und Körpersensationen sowie der grundlegenden Körperbedürfnisse im selben Ausmaß zu schwinden scheinen. “Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper gilt als eine der wesentlichen Ursachen bzw. Auslöser für die Entwicklung einer Essstörung, und diese ist in westlichen Industrieländern eindeutig höher als in sogenannten Entwicklungsländern. „Die Körperunzufriedenheit ist umso größer, je größer die Differenz zwischen dem tatsächlichen Gewicht und dem Idealgewicht wahrgenommen wird“ (Hörndler & Zitt 2004).Bei der Genese von Essstörungen ist der Einfluss bestimmter Medien nicht zu vernachlässigen. Einerseits haben viele Frauen durch die publizistische Verarbeitung ihr Verhalten als „Krankheit“ anerkannt und sich schließlich einer Therapie unterzogen. Andererseits berichtet Jäger (1990), dass Frauen erst durch diese Veröffentlichungen das bulimische Verhalten als Problembewältigungsstrategie entdeckt haben und es zur Aufrechterhaltung ihres Schlankheitsideals erlernt haben. Laut eines Forschungsprojekts an der Medizinischen Hochschule Hannover gaben 25% der Frauen an, sich die Idee aus den Massenmedien „abgeschaut“ zu haben (Jäger et al. 1990, S.8 in Gröne 2000, S.17).

Wie stark mediale Bilder und damit eine bestimmte Körperästhetik zusammen mit einer drastischen ökonomischen Entwicklung auf Selbstwert, Körperbild und Essverhalten wirken, zeigt eine prospektive Studie, die anlässlich der Einführung des Fernsehens 1995 auf den Fiji-Inseln durchgeführt wurde (Becker 2003 zit. in Hörndler & Zitt 2004). Einige dort lebende junge Mädchen wurden 1995 und drei Jahre später über ihr Essverhalten und ihre Zufriedenheit mit dem eigenen Körper befragt. Während zu Beginn der Studie kein Mädchen selbstinduziert erbrach, waren es drei Jahre später immerhin 11%. 69% gaben an, sie würden mit Hilfe von Diäten versuchen, Gewicht zu verlieren und 74% fühlten sich zu dick. In den Interviews sagten die Mädchen, dass sie die TV-Darsteller bewunderten und versuchten, so auszusehen wie diese. Sie versuchten dies über die Modellierung des Körpers zu erreichen, indem sie ihr Essverhalten veränderten. Gestörtes Essverhalten war signifikant häufiger bei jenen Mädchen zu beobachten, die stärker dem Fernsehen ausgesetzt waren (Hörndler & Zitt 2004).

### **3.3 Lebenszufriedenheit bei Essstörungen und im Speziellen bei Bulimia nervosa**

In diversen Studien zeigen sich wesentliche Einschränkungen in der Lebenszufriedenheit von Klientinnen mit Essstörungen. Danzl et al (2001, zit. in Bauernfeind 2004, S. 67-70) führte eine Katamneseerhebung an der Psychosomatischen Abteilung der Universitätsklinik Innsbruck mit 46 Patientinnen durch, die wegen Bulimia nervosa oder Anorexie stationär behandelt wurden. In der Erhebung wurden die Lebensqualität/zufriedenheit und die Veränderungen im Lebensstil erfasst. Der Entlassungszeitpunkt lag mindestens sechs Monate und höchstens vier Jahre zurück. Die Lebensqualität der Patientinnen wurden mit dem „Lancashire Quality of Life Profile“ (LQOLP) erfasst. Das Instrument erfasst die Bereiche Arbeit/Beschäftigung, Freizeit, Finanzen, Wohnung, Sicherheit, Familie, Freundschaft/Bekanntschaften, Gesundheit (körperlich/psychisch) und allgemeine Lebenszufriedenheit, wobei sowohl nach der subjektiven als auch nach der objektiven Lebensqualität gefragt wurde. Von den oben genannten Lebensbereichen wurde die „psychische Gesundheit“ am schlechtesten bewertet. Auch im sozialen Bereich (Familie/Freunde und Bekannte) und im Sexualleben bestand wenig Zufriedenheit. Ähnlich unzufrieden wurden auch das Freizeitverhalten und die körperliche Gesundheit eingestuft. In den Bereichen Arbeit, Wohnen und Sicherheit waren die Befragten am zufriedensten. Die globale Zufriedenheit („Wie zufrieden sind sie zur Zeit mit ihrem Leben?“) wurde im Allgemeinen nicht sehr hoch eingeschätzt, lediglich 35% der Gesamtstichprobe bewertete ihre Lebenszufriedenheit mit „zufrieden“ oder „eher zufrieden“.

Im Vergleich der Gruppen (Anorexie und Bulimie) ergaben sich nur in einem Bereich signifikante Unterschiede. Im Bereich Finanzielles waren die bulimischen Patientinnen unzufriedener.

Dieses Ergebnis deckt sich auch mit den Statistiken, die von Sowhat (Institut für Menschen mit Essstörungen) erhoben wurden. Bei Beginn der ambulanten Behandlung bei Sowhat sollten die KlientInnen einschätzen, in welchen Lebensbereichen und in welchem Ausmaß sie sich aufgrund der Essstörung und ihres Körpergewichts beeinträchtigt fühlen.

Am häufigsten fühlten sie sich in der Freizeitgestaltung, in Hinblick auf ihren Körper und ihre Gesundheit sowie in ihren sozialen Kontakten (sehr) stark beeinträchtigt. Beruf und Familie sind jene Lebensbereiche, in denen sich die KlientInnen deutlich seltener (sehr) stark beeinträchtigt fühlen. In diesem Ergebnis zeigt sich, laut den Autorinnen MMag. Hörndler und Fr. Haselberger (2007) die Wechselbeziehung zwischen äußerer und innerer Struktur, d.h. zwischen Fremd- und Selbstbestimmung. Je weniger Struktur im „Außen“ vorgegeben ist, umso mehr bedarf es „innerer“ Struktur, wie eigene Werthaltungen, Gestaltungsfähigkeit und Eigenaktivität. Beruf und Familie stellen tendenziell stärker strukturierte Lebensbereiche dar (z.B. durch Rollenzuschreibungen und Erwartungen, Aufgabenverteilungen, Anforderungen, etc.) als die Lebensbereiche Freizeit, Körper/Gesundheit und soziale Kontakte. Patientinnen mit verbessertem Essverhalten nach der Therapie gaben im Vergleich zu denjenigen, deren Essverhalten sich nicht verändert hatte, eine deutlich höhere Zufriedenheit mit ihrer Freizeitgestaltung, finanziellen Lage, Partnerschaft und Sexualität. Auch das psychische und körperliche Wohlbefinden nahm zu. Die globale Zufriedenheit war in der Gruppe mit dem verbesserten Essverhalten tendenziell höher als bei der anderen Gruppe. Außerdem erwies sich die allgemeine Lebenszufriedenheit als positiv korreliert mit positiven Veränderungen in den Bereichen Familie, Freizeit, Arbeit und Wohnen und tendenziell auch mit Veränderungen im Bereich Partnerschaft.

Auch in der Studie von Padierna et al. (2000) konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Schwere der Essstörung und der Lebensqualität festgestellt werden. Je stärker eine Person betroffen war, desto geringer war auch die gemessene Lebenszufriedenheit. Die Lebensqualität war jedoch auch nach zwölf Jahren reduziert, obwohl sich die Essstörungen verbessert hatten.

Diese Befunde weisen darauf hin, dass gerade bei Essgestörten der Aspekt der Lebenszufriedenheit und ihrer Verbesserung im Rahmen der Therapie und Nachsorge besondere Aufmerksamkeit verdient. „Zusammenfassend kann man sagen, dass wechselseitige Zusammenhänge zwischen dem aktuellen Essverhalten und der subjektiven

Lebenszufriedenheit bestehen, was auch umgekehrt bedeutet, wenn die Lebenszufriedenheit steigt, dass sich das mit höherer Wahrscheinlichkeit positiv auf das Essverhalten auswirken kann“ (Bauernfeind 2004).

### **3.4 Therapie**

Die Bulimie als „psychosomatisches Störungsbild unserer Epoche“ (W. Bräutigam in Jäger et al. 1992, S.1 zit. in Gröne 2000, S.18) bietet gegenwärtig den Gegenstand sehr heterogener Forschungsansätze und Therapiemodelle. Um dem zunehmenden Bedarf an therapeutischer Hilfe entgegenzukommen, wurden sehr unterschiedliche Behandlungsmethoden der Bulimie entwickelt. Je nach theoretischem Erklärungsmodell kann bulimisches Verhalten angesehen werden als: (Gröne 2000, S.19)

- Resultat fehlender Impulskontrolle
- konditionierte Reaktion, die durch negative Verstärkung aufrechterhalten wird
- Symptom funktional gestörter Kognitionen
- Folge von Fehlernährungen
- Reaktion auf dysfunktionale Familienstrukturen oder
- Antwort auf die gegenwärtigen Sozialisationsbedingungen von Frauen.

Welcher Erklärungsansatz auch herangezogen wird, in einem sind sich alle einig, je früher die Therapie einsetzt, desto besser ist die Prognose. Die Behandlung ist jedoch oft durch mangelnde Einsicht in das Essproblem erschwert. Wichtig ist es, die Betroffenen und Angehörigen über die Krankheit und deren Folgen zu informieren und das Bewusstsein der Behandlungsbedürftigkeit zu wecken. Gerade zu Beginn ist die Motivation für eine Therapie oft nicht gegeben und muss erst aufgebaut werden. Oft gelingt es, die Motivation über die körperlichen Symptome anzugehen. Die Etablierung einer tragfähigen und vertrauensvollen therapeutischen Beziehung ist eine wesentliche Voraussetzung für den Aufbau der Therapiemotivation.

„Die Normalisierung des Essverhaltens ist bei jeder Essstörung von primärer Bedeutung. Die Normalisierung des Gewichts ist insbesondere auch deshalb wichtig, weil sich viele psychische Symptome wie Depression, Ängste, Zwänge und Störungen der Körperwahrnehmung mit einer Gewichtsnormalisierung verbessern“ (Hepp & Milos 2010).

Die komplexe Symptomatologie der Essstörungen und die wenig evidenzbasierte Datenlage legitimieren eine Reihe von psychotherapeutischen Verfahren (APA American Psychiatric

Association 2006; NICE National Institute for Clinical Excellence 2004. zit. in Hepp & Milos 2010).

**Kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden** haben die Zielsetzung einerseits eine Korrektur dysfunktionaler Denkmuster herbeizuführen und andererseits konkrete Verhaltensänderungen in Bezug zur fehlenden Essstruktur und der Angst vor Gewichtszunahme herauszuarbeiten. Vor allem bei jungen Personen, die noch in der Familie leben, hat sich die **systemische Therapie** als effektiv erwiesen. „Die systemische Therapie fokussiert nicht nur auf das erkrankte Individuum, sondern bezieht auch das Umfeld (System) mit ein“ (Hepp & Milos 2010). Die oft vorhandene Angst, erwachsen zu werden, sowie Probleme mit dem Selbstwert können mit **psychodynamischen Verfahren** angegangen werden. Die psychodynamischen Therapieformen bearbeiten bewusste und unbewusste psychische Konflikte, die ursächlich für die Entstehung der Essstörung eine Rolle spielen.

**Ernährungsberatung** kann eine wichtige Ergänzung zur Psychotherapie sein, wobei das Ziel eine schrittweise Normalisierung des Essverhaltens ist. Der Einsatz von **Psychopharmaka** ist vor allem bei psychischer Komorbidität sinnvoll und richtet sich nach den Symptomen. „Zur Behandlung der Bulimia nervosa und zur Rückfallprophylaxe hat sich Fluoxetin (Antidepressivum/SSRI) in einer Dosierung von 60mg/ bewährt. Interessanterweise ist der antibulimische Effekt unabhängig davon, ob gleichzeitig eine Depression besteht, oder nicht“ (Hepp & Milos 2010). „Die kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapie ist der antidepressiven Behandlung überlegen. Die Kombination beider Behandlungsmodalitäten ist einer alleinigen psychotherapeutischen Behandlung nur wenig überlegen“ (Hepp & Milos 2010). Für die Störungen der Körperwahrnehmung kann eine **Körpertherapie** indiziert sein. Menschen mit Essstörungen verlieren oft den Bezug zu ihrem Körper, und die Wahrnehmung ist massiv verzerrt. Durch konkrete Übungen ermöglicht die Körpertherapie den Zugang zum eigenen Körper und zum Körperleben wiederzuerlangen (Hepp & Milos 2010).

Eine interessante körpertherapeutische Methode wurde von Gerda Boyesen (2004) entwickelt. Sie geht davon aus, dass der Abbau psychischen Stresses auch mit dem Verdauungssystem zusammenhängt. Sie entwickelte eine Technik der Massage, durch die stagnierende Kreisläufe, d.h. der Ausdruck verdrängter Gefühle, wieder in Gang gebracht werden können. Dies zeigte sich darin, dass dabei ähnliche Darmgeräusche entstehen wie bei der Verdauung von Nahrung, Äußerungen einer von ihr so genannte „Psychoperistaltik“ Dieser unbewusste Prozess der „Verdauung“ psychischer Probleme induziere oft bewusste Einsichten in die eigene Situation und erleichtere die Problembewältigung. Neben dieser Methode der sanften Massage arbeitete sie auch mit der Vegetotherapie von Wilhelm Reich sowie mit



gesprächstherapeutischen Anleihen bei Freud, C. G. Jung und anderen. Dabei soll der Klient unterstützt werden, das eigene seelische Erleben zu erforschen (Introspektionsfähigkeit), seinen körperlich-seelischen Impulsen zu folgen und diese auszudrücken. Unbewusste Konflikte würden dadurch zutage gefördert, dem Bewusstsein zugänglich und könnten dann psychotherapeutisch weiterbearbeitet und schließlich gelöst werden (Boyesen 2004).

Im Zusammenhang mit dem Körpergefühl und der Zufriedenheit mit dem eigenen Körper spielt die Beziehung zum Bauch (Hara) eine wesentliche Rolle. Auch neuere Forschungen belegen enge Zusammenhänge zwischen psychischen Prozessen und dem Verdauungssystem: „Es führen weitaus mehr Nervenstränge vom Bauch zum Gehirn als umgekehrt. 90% der Verbindungen verlaufen von unten nach oben. Der Darm reagiert nicht nur auf Gefühle (Durchfall bei Angst) sondern erzeugt und verarbeitet sie, weshalb der Bauch in der aktuellen neurobiologischen Forschung auch als zweites Gehirn bezeichnet wird“ (Luczak 2000, zit. in Hörndler & Zitt 2004). „Der glatte Bauch, das Wunschziel vieler Frauen mit Essstörungen, steht demnach für die Kontrolle über die Gefühle und die körperlichen Bedürfnisse sowie deren natürlichen körperlichen Ausdruck“ (Hörndler & Zitt 2004). Durch die Arbeit mit dem Körper wird ein dynamischer Prozess in Gang gesetzt, der die Psyche transformiert (Boyesen 2004). Um den eigenen Körper (wieder) als sicheren Ort bzw. sichere Heimat erfahren zu können, ist es notwendig, den Körper in die Therapie einzubeziehen. Das bedeutet, sinnliche Erfahrungen in ihrer feinsten Struktur (wieder) zu erlernen, z.B. die Erfahrung zu machen, dass Grenzen respektiert werden, dass Nähe nicht Bedrohung bedeuten muss, dass körperlicher und emotionaler Ausdruck verstanden werden können und nicht abgespalten werden (Hörndler & Zitt 2004).

Elke Post (2009), Ergotherapeutin in Hamburg entwickelte ein ganzheitliches Therapiekonzeptprofilax®, nachzulesen unter [www.ergopraxis-elkepost.de](http://www.ergopraxis-elkepost.de) [2.3.2012 10:50], welches versucht den Menschen auf allen möglichen Ebenen zu begreifen und die KlientInnen vielschichtig aus der Krankheit hinauszubegleiten. Durch die interdisziplinäre Sichtweise soll dieses Modell in Bezug zur Bulimie näher beschrieben werden.

Der „**holistisch-systemischer Therapieansatz**“ setzt an acht Basisebenen an, die in der Abbildung 6 zu erkennen sind. Jede dieser Ebenen entspricht Themen, die mit unterschiedlichsten Methoden bearbeitet werden können. Diese acht Ebenen sollen Bereiche darstellen, die alle zusammengenommen die Einzigartigkeit und Individualität des Menschen ausmachen und so auch in Zusammenhang mit einem Problem, einer Krankheit, zu sehen sind. Es werden die Ebenen vorgestellt und besonders auf die Beobachtungen der Autorinnen in Bezug zu Menschen mit Essstörungen eingegangen.

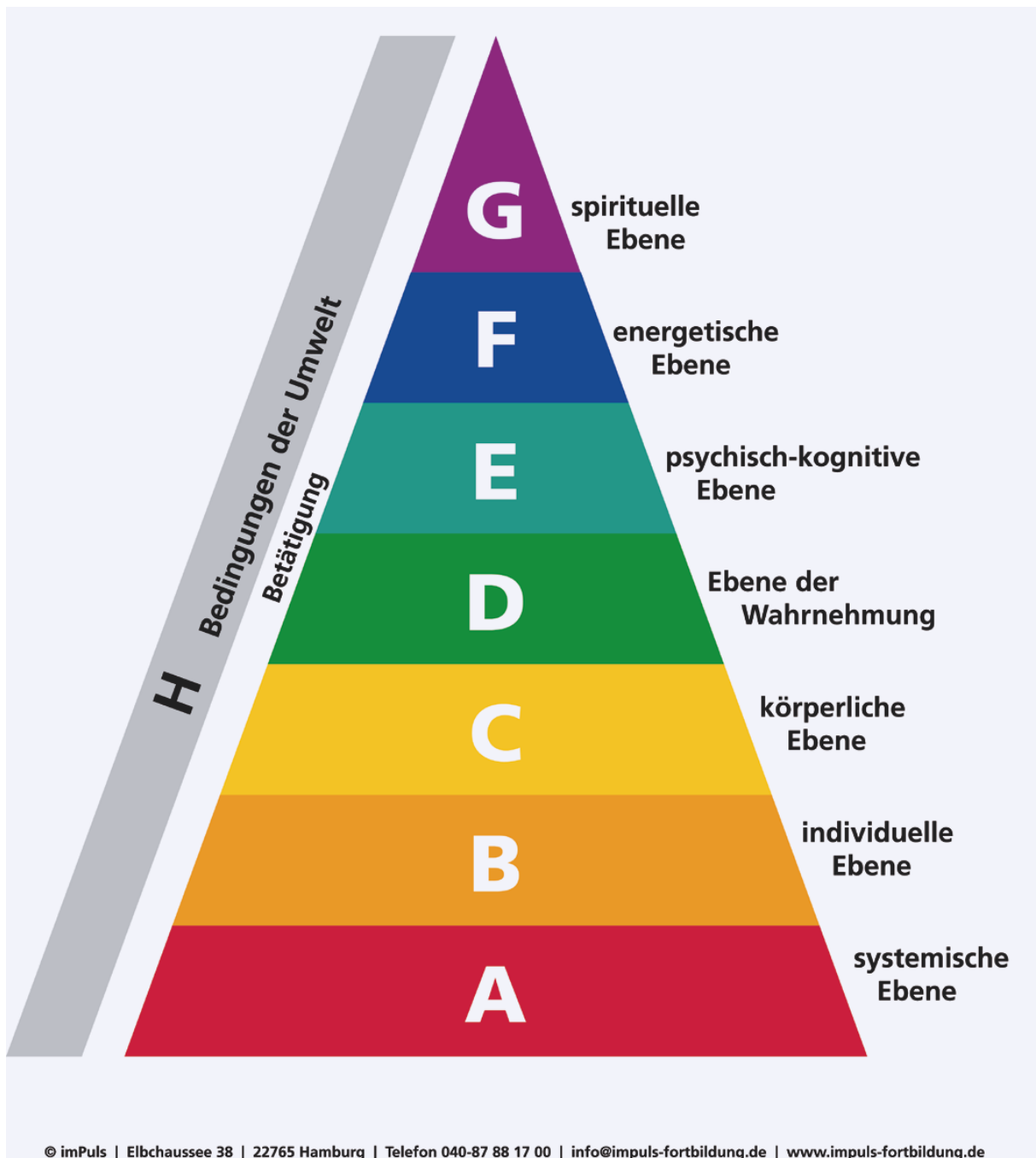


Abb. 6: Profilax-Modell von Elke Post

Die Basis stellt die **biographisch-systemische Ebene** dar. Hier werden sämtliche Zusammenhänge einer Person beachtet, die durch die familiäre Herkunft über viele Generationen, durch sozio-kulturelle Einflüsse und Traditionen, geschichtlich bedeutende Ereignisse, etc. die Persönlichkeit mit geformt und beeinflusst haben.

Die zweite Ebene ist die **individuelle Ebene**. Diese Ebene prägt eine Person in ganz einzigartiger Weise durch das Geschlecht, Alter, die religiöse Zugehörigkeit, den eigenen Namen, die Position in der Familie (Geschwisterkonstellation), Beruf, Bildung, Hobbys etc. Ein wichtiger Anteil unserer individuellen Persönlichkeit sind, so Post E. (2000), die Erinnerungen und die inneren Erfahrungen unseres „jüngeren Selbst“ (das innere Kind).

Dieses innere Kind sei entweder ein Produkt aus unserer real erlebten Kindheit oder ein überarbeitetes, geheiltes inneres Bild von dem Kind in uns, so, wie wir es wünschen und uns gut tut. Anke Kramer-Förster und Elke Post (2009) beobachteten häufig in ihrer Arbeit mit Menschen mit einer Essstörung, die Verletzung dieses inneren Kindes. Phantasie Reisen oder heilende Geschichten stellen eine Möglichkeit dar mit dem inneren Kind wieder Kontakt aufzunehmen und sich auszusöhnen (Hellwig 2007 zit. in Kramer- Förster & Post 2009).

**Die körperliche Ebene** umfasst sämtliche körperliche Faktoren wie anatomische und physiologische Bedingungen, Prädispositionen, genetische Gegebenheiten sowie die körperliche Beanspruchung durch spezielle Lebensbedingungen. Patientinnen mit Essstörungen können sehr gut auf der körperlichen Ebene unterstützt werden. Inke Jochims (2003) beschreibt zum Beispiel, dass Nahrungsmittel wie Kaffee oder schwarzer Tee Heißhungerattacken auslösen können. Allein dieses Wissen ist wertvoll und kann zur Besserung beitragen.

**Die Ebene der Wahrnehmung**, hiermit ist die Wirkweise der Sinnesorgane und der komplexe Vorgang der Reizaufnahme, -verarbeitung, -speicherung und -abgabe gemeint. Die Unterscheidung in Eigen- und Fremdwahrnehmung spielt hier eine große Rolle. „Viele Menschen mit Essstörungen spüren ihren eigenen Körper nicht und leiden unter extremen Körperschemastörungen“ (Post E. 2000). Die körperliche Wahrnehmung kann z. B. durch verschiedene Körperwahrnehmungsübungen, wie das Baden in Bohnen, Linsen oder Erbsen, kalt-warme Wechselbäder oder auch durch das Aufsetzen von Klangschalen, gefördert werden. Bei der Klangmassage werden Klangschalen auf den Körper aufgesetzt und sanft angeschlagen. Der Ton erzeugt eine Vibration, und diese Klangwellen sollen die Wahrnehmung für den eigenen Körper fördern (siehe auch Hess 2004).

**Die psychisch-kognitive Ebene** beleuchtet besonders zwei Prozesse: Intuition und Ratio. Mit Intuition sind Prozesse gemeint, die mit Gefühlen und psychischen Faktoren zu tun haben (Fühlprozesse). Mit Ratio sind mental-kognitive Prozesse gemeint, die mit Denken und Gedanken zu tun haben (Denkprozesse). Für diese Ebene sind neben psychologischer und psychotherapeutischer Behandlung auch die Methoden des NLP (Neurolinguistisches Programmieren) sehr wirksam. Ganz wichtig bei Menschen mit Essstörungen ist die Zielerarbeit. Je positiver und präziser das Ziel formuliert wird, desto genauer kann das Gehirn darauf programmiert werden, all das zu entdecken, was die PatientIn diesem Ziel näher bringt.

**Die energetische Ebene** beinhaltet die Ressourcen in uns, die eine Person für ihr Leben zur Verfügung hat. Der persönliche Energiepegel wechselt (Leere oder Fülle), je nachdem, wie

viel Reserven die Person besitzt, wie gefordert/überfordert sie ist und in welcher Weise die Person ihre eigene Energie wieder auffüllen kann und will. Das Auffüllen der Lebensenergie kann mit unterschiedlichen Methoden erfolgen. Je nach dem Zustand der Energie bzw. des Energieflusses verändert sich unsere Befindlichkeit, unsere Stimmung und unser Geisteszustand. Um die Energie fließen zu lassen eignen sich, nach der Erfahrung der Autorinnen Reiki, Shiatsu oder die Klangmassage nach Peter Hess.

**Die spirituelle Ebene** umfasst die transzendentalen Vorgänge der Seele, das „höhere Selbst“ sowie die Beziehung und der Kontakt zu „höheren“ Kräften. Die spirituelle Ebene soll der Person ermöglichen, einen Sinn im Leben zu finden. Die Gewissheit, in das große Ganze eingebettet zu sein. Um die PatientInnen zu ihrer eigenen Spiritualität und damit zu ihrer Kraft zurückzuführen, helfen u.a. Metaphern und heilende Geschichten, z.B. von Anita Johnstone (2003). Die PatientInnen, können lernen, die Kraft und Fülle in sich zu spüren.

Die letzte Ebene stellt einen Zusammenhang zwischen der Person und ihrer Umwelt bzw. den **Umweltbedingungen** her. Der Austausch mit der Umwelt findet auf allen Ebenen statt. Hierzu gehören Themen wie Kommunikationsfähigkeit, Konfliktbewältigung, Beziehungsfähigkeit und Erziehung, die in den einzelnen Ebenen eine bedeutende Rolle spielen.

Aus diesem Modell wird ersichtlich, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit vieler Fachrichtungen und Therapien gemeinsam zum Ziel führen kann. Jede Disziplin ist für sich genommen eine Bereicherung und so wie jeder Mensch nur die Summe seiner Teilaspekte ist, so ist auch jede Therapie nur Teil eines großen Ganzen.

Shiatsu stellt so einen Teilbereich dar und kann auf seiner Ebene zur Heilung des Menschen beitragen.

In welcher Weise Shiatsu in Kombination mit psychotherapeutischer Intervention an einer Gruppe von Menschen mit Bulimia nervosa gewirkt hat, soll in der folgenden empirischen Studie gezeigt werden.

# Empirischer Teil:

Im empirischen Teil der Arbeit wird die Studie vorgestellt, in der die Auswirkungen von Hara-Shiatsu auf die Symptomatik von Bulimia nervosa, das allgemeine körperliche und psychische Befinden und die Lebenszufriedenheit von KlientInnen mit Bulimie untersucht wurden.

## 4. Zielsetzung und Fragestellungen

Als **Hypothesen** wurde in dieser Arbeit angenommen, dass Hara-Shiatsu als spezielle Form der Körpertherapie, zusätzlich zur üblichen Therapie, den Heilungsprozess von Menschen mit Bulimia nervosa positiv unterstützt. Es wird außerdem erwartet, dass die Selbsterfahrung während der Behandlungen den körperlichen und seelischen Allgemeinzustand verbessert und die Lebenszufriedenheit hebt.

Für die vorliegende Arbeit waren somit folgende Fragestellungen relevant:

### 4.1 Hauptfragestellungen:

*Hat Hara-Shiatsu positive Auswirkungen auf das Störungsbild der Bulimie?*

Hierbei sind vor allem Veränderungen in der Häufigkeit von Fressanfällen und in der Häufigkeit selbstinduzierten Erbrechens interessant, sowie Änderungen bei der Einnahme von Appetitzüglern oder Abführmitteln zur Gewichtskontrolle. Weiters interessierte, inwieweit Veränderungen des Substanzmissbrauches (Alkohol und andere Drogen) und in der Häufigkeit von Selbstverletzungen aufgetreten sind.

*Hat Hara-Shiatsu eine Auswirkung auf den allgemeinen körperlichen/seelischen Zustand?*

Beim allgemeinen körperlichen Zustand waren Veränderungen in der Bewertung der körperlichen Primärfunktionen wie Schlaf, Verdauung, Ausscheidungsfunktion, Temperaturhaushalt und Menstruation von Interesse. Beim allgemeinen psychischen Zustand interessierte, ob in der Bewertung der Fähigkeit, sich entspannen zu können und in der Neigung zu Depressionen und Ängsten, Veränderungen aufgetreten sind.

*Hat Hara-Shiatsu positive Auswirkungen auf die Lebenszufriedenheit von Menschen mit Bulimia nervosa?*

Hier werden die Veränderungen bezüglich der Zufriedenheit in den unterschiedlichen Lebensbereichen, wie Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit, der Partnerschaft, in Hinblick auf die eigene Person, Zufriedenheit mit dem Sexualleben, der aktuellen finanziellen Lage, der Wohnsituation, Zufriedenheit mit dem Freundeskreis und der Beziehung zu Verwandten, dem eigenen Freizeitverhalten und der beruflichen Situation untersucht.

#### **4.1.1 Weitere Fragestellungen**

Im Zuge der Qualitativen Analyse, die sich mit den subjektiven Empfindungen und Erfahrungen während der Behandlungen und mit den Shiatsu-bedingten Nachwirkungen der Klientinnen auseinandersetzt, wurden folgende fünf Fragen gestellt.

*Wie haben Sie die Shiatsubehandlungen empfunden?*

*Welche Erfahrungen konnten Sie machen, die Sie auf Shiatsu zurückführen?*

*Hat sich durch Shiatsu bei Ihnen etwas verändert, wenn ja, was?*

*Was denken Sie über Shiatsu? Würden Sie es anderen Menschen weiterempfehlen?*

*Welche anderen Faktoren haben in den letzten Wochen zur Veränderung Ihres Allgemeinzustandes beigetragen?*

## **5. Design**

Die Studie wurde als experimentelle Untersuchung geplant. Das Design entspricht einem Zwei-Gruppen-Pretest-Posttest-Plan mit zwei Messzeitpunkten. Der Untersuchungszeitraum war von März 2006 bis Juni 2006 angesetzt.

An der Studie nahmen Klientinnen mit der Diagnose Bulimia nervosa teil, die sich freiwillig zur Untersuchung meldeten. Die Gruppenzuteilung zu Versuchsgruppe oder Kontrollgruppe erfolgte zufällig. Die Versuchsgruppe erhielt wöchentlich, zusätzlich zur psychotherapeutischen und ärztlichen Therapie bei Sowhat, insgesamt 10 Hara-Shiatsubehandlungen zu je 50 Minuten. Die Kontrollgruppe erhielt ausschließlich das Therapieprogramm von Sowhat ohne Hara-Shiatsu und nach Beendigung der Studie eine Gratis Shiatsubehandlung als Dankeschön. Allen Klientinnen wurde zu Beginn und am Ende der Studie ein Fragebogen vorgelegt, dessen Auswertung zur Beantwortung der Fragestellungen diente. (Fragebogen: siehe Anhang)

Tabelle1: Schematische Darstellung des Versuchsdesigns:

	<b>1. Messzeitpunkt</b>	<b>Behandlungsphase</b>	<b>2. Messzeitpunkt</b>
<b>Versuchsgruppe</b>	Fragebogen 1	Hara-Shiatsu + Therapieprogramm von „Sowhat“	Fragebogen 2
<b>Kontrollgruppe</b>	Fragebogen 1	Therapieprogramm von „Sowhat“	Fragebogen 2

## 6. Durchführung der Untersuchung

Im Folgenden werden die Vorbereitungen, die zur Realisierung der Studie geführt haben, erläutert, die wichtigsten Details der Durchführung werden angeführt und der Ablauf der Hara-Shiatsubehandlungen dargestellt.

### 6.1 Planungsphase

Ausgegangen wird von der Vermutung, dass eine positive Hinwendung und Berührung des Körpers durch Hara-Shiatsu eine Besserung der Bulimia nervosa herbeiführen könnte. Der Aspekt der Lebenszufriedenheit interessierte mich besonders, da nach Chinesischer Medizin das Erdelement mit den Meridianen Magen und Milz mit Zufriedenheit in Verbindung gebracht wird und hier im Bereich der Bulimie eine Disharmonie vorliegt (siehe Abschnitt 2.7 der vorliegenden Arbeit). Durch die Shiatsubehandlungen wurde vermutet, dass eine Steigerung der Lebenszufriedenheit erreicht werden könnte.

#### 6.1.1 Kontaktaufnahme mit Sowhat

Als erster Schritt wurde mit „Sowhat“, einem Institut für Menschen mit Essstörungen, Kontakt aufgenommen. Nachdem die Zusammenarbeit von „Sowhat“ zugesichert wurde, stellten wir (meine Kollegin Helene Brandstetter und ich) uns bei der nächsten Teambesprechung dem gesamten TherapeutInnen-Team vor. Die Pläne zur Studie wurden erklärt und die TherapeutInnen um Weiterempfehlung des Angebots gebeten, sodass möglichst viele KlientInnen teilnehmen konnten.

### **6.1.1.1 Überblick über „Sowhat“ und die Behandlungsmethoden**

Primäres Ziel von „Sowhat“ ist die ambulante medizinische Begleitung und psychotherapeutische Betreuung von Menschen mit unterschiedlichen Formen von Essstörungen: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa sowie Esssucht.

„Sowhat“ existiert seit dem Jahr 1993 und ist heute die größte ambulante Einrichtung in Ostösterreich. Seit 2000 ist es möglich, die Behandlung „auf Krankenschein“ in Anspruch zu nehmen.

Der Behandlungsplan besteht aus einer Kombination von psychotherapeutischer und medizinischer Betreuung, durch interdisziplinäre Zusammenarbeit von PsychotherapeutInnen, AllgemeinmedizinerInnen, FachärztInnen und PsychologInnen.

Folgende psychotherapeutische und angrenzende Methoden werden angeboten:

Personen- oder klientenzentrierte Psychotherapie

Systemische Familientherapie

Integrative Gestalttherapie

Logotherapie und Existenzanalyse

Psychodrama

Verhaltenstherapie

Hypnosepsychotherapie

Tiefenpsychologische Gesprächspsychotherapie

Dynamische Gruppenpsychotherapie

Analytisch orientierte Gruppentherapie

Musiktherapie

Körpertherapie

Integrative Biodynamik

Das Ziel ist, die KlientInnen zu unterstützen, Selbstverantwortung zu übernehmen und ein Krankheitsverständnis zu entwickeln. Es sollen Antworten gefunden werden, die dem eigenen Leben, der Selbstentfaltung und der eigenen Körperlichkeit förderlich sind (Selbstkompetenz). Das eigene schöpferische und kreative Potential und der individuelle Lebensentwurf sollen den KlientInnen bewusst gemacht werden (Selbstakzeptanz, Selbstwert, Selbstbild und Zukunftsbild).

„Die Dauer der Behandlung bei Erwachsenen am Institut „Sowhat“ beträgt im Durchschnitt zwei Jahre und ein Monat. Je länger die Behandlung dauert, desto besser sind die Erfolge. Die deutlich besten Behandlungsergebnisse hinsichtlich der Essstörungssymptomatik und der



allgemeinen Befindlichkeit zeigen sich ab einer Behandlungsdauer von 3 Jahren“ (Sowhat-Jahresberichte 2009, unter [www.sowhat.at](http://www.sowhat.at)).

### **6.1.2 Rekrutierung der Stichprobe**

Die KlientInnen wurden mittels eines Plakats im Warteraum des Instituts über die Studie informiert. Etliche KlientInnen wurden auch durch ihre TherapeutIn auf unsere Untersuchung aufmerksam gemacht und zum Mitmachen motiviert. In weiterer Folge nahmen wir telefonisch Kontakt mit den TeilnehmerInnen auf und vereinbarten für die ProbandInnen der Versuchsgruppe einen fixen wöchentlichen Termin für die Shiatsubehandlungen. Mit den TeilnehmerInnen der Kontrollgruppe wurde ein Termin für das Ausfüllen des ersten Fragebogens vereinbart.

Anfang April 2006 starteten wir die Behandlungsphase und schlossen die Studie bis Ende Juli 2006 ab.

### **6.1.3 Ablauf und Organisatorisches**

Untersucht wurden insgesamt 30 BulimiepatientInnen, die im Rahmen des Therapieprogramms von „Sowhat“ behandelt wurden. Davon bildeten 18 Personen die Versuchsgruppe. Die verbleibenden 12 Personen bildeten die Kontrollgruppe. Alle TeilnehmerInnen füllten die Fragebögen im Warteraum des Instituts Sowhat aus, um für alle die gleichen Bedingungen zu schaffen. Die Shiatsubehandlungen wurden ebenfalls in einem von „Sowhat“ zur Verfügung gestelltem Raum auf einer Matte durchgeführt.

Die Behandlungen selbst wurden kostenlos von einem Team aus 7 Hara-Shiatsu-Praktikerinnen der Hara-Shiatsu Schule von Tomas Nelissen durchgeführt. Sechs Praktikerinnen befanden sich zu dem Zeitpunkt noch in Ausbildung und absolvierten das 2.Jahr der 3 jährigen Ausbildung, eine ist seit 2002 diplomierte Shiatsupraktikerin.

Vor Beginn der zehn Behandlungen bekamen wir Supervision von Ricarda Doneiser, einer im Bereich Essstörungen erfahrenen Shiatsupraktikerin (Leiterin des Praktikums für Essstörungen im Wilhelminenspital), zusätzlich trafen sich alle Shiatsupraktikerinnen zwei Mal während des Behandlungszyklus, um Fragen und Fälle gemeinsam besprechen zu können.

Nach ungefähr fünf Shiatsu-Behandlungen fand eine Besprechung mit den TherapeutInnen von „Sowhat“ statt, um sich über das aktuelle Befinden und die Veränderungen der KlientInnen auszutauschen.

#### **6.1.4 Ablauf der Shiatsu-Behandlungen:**

Wir einigten uns gemeinsam mit Ricarda Doneiser (Leiterin des Praktikums für Essstörungen im Wilhelminenspital) auf einen ungefähren Behandlungsablauf und Schwerpunktsetzungen während der 10 Shiatsubehandlungen. Dieser wurde dann je nach den Bedürfnissen der Klientin individuell abgeändert.

Unser Schwerpunkt lag auf der Behandlung des Magen- und Milzmeridians, der nach Chinesischer Medizin bei Bulimia nervosa am meisten in Mitleidenschaft gezogen wird und durch dessen Behandlung eine Harmonisierung geschaffen werden soll. Es wurde in jeder Behandlung auch großes Augenmerk auf den Blasen und Nierenmeridian gelegt, der für das Urvertrauen steht und den Klientinnen, besonders durch die Behandlung der Füße und Gelenke, mehr Stabilität und eine bessere Erdung verleihen soll. Sehr stimulierende Techniken, sowie Meridiane, die eine sehr emotionale Wirkung haben, wie Leber und Herzmeridian, wurden nur sehr vorsichtig behandelt. Der Fokus lag besonders auf einer ruhigen, stabilen Behandlungsweise, die für die Klientin angenehm und nicht zu aufwühlend sein sollte (nähere Erläuterungen zu den Meridianen und Shiatsu befinden sich in den Abschnitten 2.5.4 und 2.7).

## **7. Beschreibung des Fragebogens**

Der Fragebogen, der zur Überprüfung der Hypothesen zusammengestellt wurde, enthält folgende Inhalte (siehe Anhang):

### **7.1 Einleitung:**

In der Einleitung werden Angaben über die Zielsetzungen der Untersuchung und eine Erklärung über den Ablauf und die Dauer der Behandlungen gegeben. Die Anonymität wurde zugesichert und der Fragebogen, mittels Vornamen der Mutter und Geburtsjahres des Vaters kodiert, damit erster und zweiter Fragebogen in der Auswertung wieder zusammengeführt werden können.

## **7.2 Soziodemographischer Teil**

Um einen Einblick in die zu untersuchende Stichprobe zu gewinnen, wurde das Alter, das Geschlecht, Familienstand, Wohnsituation und berufliche Situation abgefragt. Von Interesse war auch die Dauer der bereits bei „Sowhat“ erhaltenen Behandlungszeit, die Art der Behandlung (Einzel oder Gruppenpsychotherapie, andere) und ob die Klientinnen schon Erfahrung mit Körpertherapien wie Shiatsu haben (dieser Teil ist nur im ersten Fragebogen, zum ersten Testzeitpunkt enthalten da hier nicht mit Veränderungen zu rechnen war).

## **7.3 Fragen zur Essstörung**

Im Teil, der sich mit dem Störungsbild der Bulimia nervosa beschäftigt, wurden die typischen Symptome der Erkrankung in ihrer Ausprägung erfasst. Die KlientInnen sollten sich zurückerinnern, wie oft in den letzten zwei Monaten ein bestimmtes Verhalten aufgetreten ist. Zur Beantwortung stand eine 5-stufige Skala zur Verfügung („nie“, „gelegentlich(situationsabhängig)“, „0-3 Tage/Woche“, „4-6Tage/Woche“, „täglich“).

Zu den Symptomen gehörte die Anzahl der Fressanfälle, wobei darauf hingewiesen wurde, dass sich ein Fressanfall nur auf das Essen von Nahrungsmengen bezieht, die andere Personen der gleichen Altersgruppe und des gleichen Geschlechts als ungewöhnlich groß ansehen. „Normale Nahrungsmengen“ sollten nicht berücksichtigt werden, bei denen bereut wurde, sie überhaupt zu sich genommen zu haben. Weiters wurde die Häufigkeit des selbst herbeigeführten Erbrechens, Abführmittel- und Appetitzüglereinnahmen, Selbstverletzungen, Alkohol- und Drogenkonsum, sowie die Anzahl normaler Haupt- und Zwischenmahlzeiten und die Tageszeit, zu der gewöhnlich die Hauptmahlzeit zu sich genommen wird (morgens, mittags, abends, nachts) erhoben.

Für die Zusammenstellung der Symptomabfrage diente die Symptom-Checkliste der deutschsprachigen Version des EDI-2 (Rathner & Waldherr 1997) als Vorlage, sowie der Aufnahmebogen, der bei „Sowhat“ verwendet wird.

## **7.4 Fragen zum körperlichen und psychischen Allgemeinzustand**

Im Abschnitt, der sich mit dem körperlichen und psychischen Allgemeinzustand beschäftigt, wurde nach der Häufigkeit und Dauer sportlicher Aktivitäten pro Woche gefragt (dazu zählt auch Tanzen, Spaziergehen, Radfahren).

Es wurde die Qualität des Schlafs, der Entspannungsfähigkeit, die Funktionsfähigkeit der Verdauung, des Stuhlgangs, des Temperaturhaushalts und der Menstruation mittels 5-stufiger Antwortskala („sehr gut“, „gut“, „neutral“, „schlecht“, „sehr schlecht“) erfragt. Falls Probleme in den Bereichen vorhanden waren, konnten diese angegeben werden, wobei in Klammer Beispiele der gängigsten Beschwerden genannt wurden (z.B. wurden bei der Frage nach dem Schlaf, Einschlafprobleme und Durchschlafprobleme angeführt).

Beim psychischen Allgemeinzustand wurden nach Depressivität und Ängsten gefragt. Es konnte auf einer 5-stufigen Skala zwischen der Häufigkeiten des Auftretens eines Zustandes innerhalb der letzten 2 Monate gewählt werden („nie“, „selten“, „öfters“, „häufig“, „sehr häufig“). Bei Beschwerden wie Müdigkeit, Magenproblemen, Knieproblemen, Rückenproblemen, häufigen Erkältungskrankheiten und Nervosität sollte auf einer 5-stufigen Skala angegeben werden, wie belastend diese empfunden werden („gar nicht belastend“, „nicht belastend“, „neutral“, „belastend“, „sehr belastend“).

Zunächst wurde nach den drei Hauptbeschwerden gefragt und wie belastend diese empfunden werden. Die 5-stufige Skala reichte von „gar nicht belastend“ bis „sehr belastend“. Die Beschwerden wurden schriftlich von den Klientinnen festgehalten. (Dieser Teil wurde aufgrund der vielseitigen und teilweise undurchsichtigen Angaben bei der statistischen Auswertung nicht berücksichtigt.)

Bevor es zur Befragung der allgemeinen Lebenszufriedenheit kam, wurde noch das momentane Befinden von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“ auf einer 5-stufigen Skala abgefragt.

### **7.5 Zur Erfassung der Lebenszufriedenheit:**

Der FLZ (Fragebogen zur Lebenszufriedenheit Fahrenberg, Myrtek, Schumann & Brähler 2000) wurde seit seiner Entwicklung im Jahre 1986 bei einer Reihe von Studien an PatientInnen vorgelegt. Dabei konnten die meisten nach der Literaturanalyse zu erwartenden Ergebnisse reproduziert werden. Er entstand in einem Forschungsprojekt über die psychologische und medizinische Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Patienten (Fahrenberg et al. 1986 zit. in Fahrenberg, Myrtek, Schumann & Brähler 2000, S. 23). Es zeigte sich, dass Lebenszufriedenheit eine wichtige Moderatorvariable für den Erfolg einer Rehabilitation ist (Fahrenberg, Myrtek, Schumann & Brähler 2000, S.19).

Der FLZ untersucht die bereichsspezifische Lebenszufriedenheit in 10 Bereichen (Gesundheit, Arbeit und Beruf, Finanzielle Lage, Freizeit, Ehe und Partnerschaft, Beziehung zu den eigenen Kindern, Eigene Person, Sexualität, Freunde-Bekannte-Verwandte, Wohnung), sowie die allgemeine Lebenszufriedenheit. Auf einer sieben-stufigen Skala wird

angegeben wie zufrieden die Versuchsperson mit dem jeweiligen Bereich ist, der sich aus 7-9 spezifischen Fragen zusammensetzt.

Jede der zehn Subskalen umfasst sieben bis neun Items, die auf einer siebenstufigen Antwortskala von „sehr unzufrieden“ bis „sehr zufrieden“ drei zustimmende, drei ablehnende, sowie eine neutrale Antwortmöglichkeit beinhalten. Der FLZ gestattet sowohl die Erfassung der bereichsspezifischen als auch die Abschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit. (Die Skala „Beziehung zu den eigenen Kindern“ wurde in dieser Arbeit nicht berücksichtigt, da nur eine Person aus der Stichprobe ein erwachsenes Kind hat.)

Die Validität ist durch Faktorenanalyse und die Beziehung der Skalen zu anderen Persönlichkeitsmerkmalen überprüft.

Es liegen aufgrund einer bevölkerungsrepräsentativen Erhebung Normen (Stanine-Werte) von 2,870 Personen (14-92 Jahre) vor. Neben den Normen für die Gesamtstichprobe sind auch geschlechtsspezifische und nach sieben Altersgruppen gegliederte Normen vorhanden (Fahrenberg et al. 2000).

Den Rest des Fragebogens, der sich mit dem Körperkonzept von Klientinnen mit Bulimie befasst, wurde von meiner Kollegin Helene Brandstetter bearbeitet. Für die Ergebnisse hierzu verweise ich auf ihre Diplomarbeit (Brandstetter H. 2006)

## **7.6 Qualitativer Teil**

Im zweiten Fragebogen nach dem Behandlungszyklus, wurden der Versuchsgruppe zusätzlich einige Fragen zu den erhaltenen Shiatsu-Subbehandlungen gestellt. Hier interessierte uns vor allem, was die Klientinnen jetzt über Shiatsu denken, wie sie es empfunden haben, welche Erfahrungen dabei gemacht wurden, ob sich aus ihrer Sicht etwas verändert hat und welche Faktoren in den letzten Wochen noch zur Veränderung des Allgemeinzustandes beigetragen haben könnten. Hier werden Beispiele von uns angegeben wie „Verlieben, Psychotherapie, Krisen.“

Im folgenden Abschnitt wird über die TeilnehmerInnen in einer genauen Beschreibung der demographischen Daten näher Auskunft gegeben.

## 8. Stichprobenbeschreibung

Es nahmen 37 Personen an der Studie teil, davon wurden 22 Personen der Versuchsgruppe und 15 der Kontrollgruppe zugeteilt. 4 Personen der Versuchsgruppe beendeten vorzeitig die Behandlungen und 3 Personen der Kontrollgruppe füllten den zweiten Fragebogen nicht aus. Somit ergibt sich eine auswertbare Stichprobenanzahl von  $N=30$ , 18 Personen in der Versuchsgruppe und 12 in der Kontrollgruppe.

### 8.1 Demographische Daten

#### 8.1.1 Alter:

Die Stichprobe setzt sich aus Personen zwischen 18 und 35 Jahren zusammen (mit Ausnahme einer 59-jährigen Person in der Kontrollgruppe). In der Versuchsgruppe liegt der Median bei 26 Jahren (Quartile 23.00; 29.25), in der Kontrollgruppe bei 22 Jahren (Quartile 22; 26.50). Die Überprüfung mittels Mann-Whitney-U-Test ergibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bezüglich des Alters ( $p=0.067$ ).

#### 8.1.2 Geschlecht:

Bis auf einen Mann in der Versuchsgruppe setzt sich die Stichprobe gänzlich aus Frauen zusammen.

#### 8.1.3 Familienstand:

Bezüglich des Familienstandes teilt sich die Stichprobe in 50% Singles und 50% mit Partner lebend. Der Chi-Quadrat-Test zeigt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ( $p= 0.296$ ). Bis auf eine Person in der Kontrollgruppe mit einem erwachsenen Kind von 42 Jahren sind alle anderen kinderlos.

#### 8.1.4 Wohnsituation:

Etwa ein Drittel (38,9%) der Personen der Versuchsgruppe wohnt alleine, ein weiteres Drittel (33,3%) wohnt in einer Wohngemeinschaft, der Rest teilt sich auf Wohnen bei den Eltern und Wohnen mit dem Partner auf. In der Kontrollgruppe hingegen wohnt ein Drittel mit Partner(33,3%), je ein Viertel wohnt noch bei den Eltern bzw. in einer Wohngemeinschaft,

der Rest wohnt alleine. Ein Chi-Quadrat-Test zeigt keine signifikanten Unterschiede zwischen der Versuchs- und der Kontrollgruppe ( $p=0.385$ ).

#### **8.1.5 Beruf:**

In der Versuchsgruppe wie in der Kontrollgruppe sind ein Großteil der Personen StudentInnen, an zweiter Stelle steht der Berufsstatus der Angestellten. Der Rest teilt sich auf Selbstständige und Arbeitslose auf. Eine Testung mittels Chi-Quadrat-Test zeigt keine signifikanten Unterschiede zwischen der Versuchs- und der Kontrollgruppe ( $p=0.700$ ).

#### **8.1.6 Dauer der bereits erhaltenen Behandlungen:**

Der Großteil der Personen war bereits über 15 Monate an dem Institut in Behandlung (in der Versuchsgruppe 61,1%, in der Kontrollgruppe 66,7%). Der andere Teil der Personen war unter 15 Monaten in Behandlung, jeweils nur drei Personen unter 10 Monate. Ein Chi-Quadrat-Test zeigt keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bezüglich der Therapiedauer ( $p=0.572$ ).

#### **8.1.7 Behandlungsart:**

Die teilnehmenden Personen waren alle am Institut „Sowhat“ in ambulanter Behandlung, das heißt, sie erhielten ärztliche sowie psychotherapeutische Betreuung. Der Großteil nahm Einzelpsychotherapie in Anspruch, nur 3 Personen waren ausschließlich in Gruppenpsychotherapie, 3 andere nahmen beides in Anspruch. Auch hier sind mit Chi-Quadrat-Test keine signifikanten Unterschiede feststellbar ( $p= 0.233$ ).

#### **8.1.8 Erfahrung mit Körpertherapien:**

In der Versuchsgruppe berichteten 16,7%, in der Kontrollgruppe 33,3%, Erfahrungen mit Körpertherapien gemacht zu haben. Genannt wurden neben Shiatsu auch Qi Gong, Yoga, Reiki, Craniosakraltherapie und ayurvedische Massage. Mit einem Wert von  $p= 0.290$  im Chi-Quadrat-Test gibt es keine Unterschiede zwischen den Gruppen.

Aufgrund dieser Analyse der Stichprobe ist eine Vergleichbarkeit der Versuchs- mit der Kontrollgruppe aus soziodemographischen Gesichtspunkten möglich (bezüglich verwendeter Testverfahren siehe Bühl & Zöfel 2006).

## **8.2 Symptome der Bulimia nervosa:**

Um zu erfassen, ob sich die beiden Gruppen im Vorfeld der Untersuchung signifikant hinsichtlich der Symptomatik der Bulimia nervosa unterscheiden, wurde auch hier ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt, der außer in der Häufigkeit der Fressanfälle, keine signifikanten Ergebnisse zeigt. Bei der Beantwortung konnte zwischen den Kategorien „nie-gelegentlich(situationsabhängig)“, „0-3 Tage/Woche“, „4-6 Tage/Woche“ – „täglich“ gewählt werden.

### **8.2.1 Häufigkeit der Fressanfälle**

Mit einem Chi-Quadrat-Wert von  $p= 0.034$  zeigt sich hier ein signifikantes Ergebnis, da in der Versuchsgruppe ein signifikant höheres Ausmaß an Fressanfällen zu beobachten ist. In der Kontrollgruppe geben genau 25% an, keine bzw. täglich Fressanfälle zu haben. 41,7% haben gelegentlich Fressanfälle, lediglich bei einer Person treten an 0-3 Tagen/Woche Fressanfälle auf. Die Kategorie 4-6 Tage/Woche wurde nie gewählt. In der Versuchsgruppe gibt die Mehrheit (44,4%) an, gelegentlich Fressanfälle zu haben, dicht gefolgt von 38,9%, bei denen an 0-3 Tagen/Woche Fressanfälle auftreten. Der Rest teilt sich auf 4-6 Tage/Woche und täglich auf. Keine Fressanfälle hat in dieser Gruppe niemand.

### **8.2.2 Häufigkeit des Erbrechens**

In der Versuchsgruppe teilt sich ungefähr ein Viertel (22,2% - 27,8%) auf die Kategorien „nie“, „gelegentlich“ und „4-6 Tage/Woche“ auf. Der Rest führt an „0-3 Tagen/Woche“ bzw. „täglich“ Erbrechen herbei.

In der Kontrollgruppe erbricht ein Drittel „gelegentlich“, je ein Viertel teilt sich auf „nie“ und „täglich“ auf. Der Rest gibt an, sich an „0-3 Tagen/Woche“ zu übergeben.

Auch beim *Abführmittelkonsum* zur Gewichtskontrolle ( $p= 0.337$ ), der Einnahme von *Appetitzüglern* ( $p= 0.200$ ), der *Selbstverletzung* ( $p= 0.677$ ) der Häufigkeit des *Alkoholkonsums* ( $p= 0.159$ ) und der Häufigkeit des *Drogenkonsums* ( $p= 0.387$ ) zeigt der Chi-Quadrat-Test keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.



Bei der Anzahl der täglich zu sich genommenen normalen *Haupt- und Zwischenmahlzeiten*, sowie des Zeitpunktes, wann gewöhnlich die Hauptmahlzeit zu sich genommen wird (morgens, mittags, abends, nachts), gibt es keine Unterschiede zwischen Versuchs- oder Kontrollgruppe. Die Chi-Quadrat-Werte für die Anzahl der Hauptmahlzeiten  $p= 0.439$ , der Zwischenmahlzeiten  $p= 0.585$  und die Essenszeit  $p= 0.478$  sind nicht signifikant.

Der nächste Abschnitt widmet sich der Verarbeitung und Auswertung der im Fragebogen gewonnenen Daten und deren Beschreibung.

## 9. Statistische Auswertung

Die Daten wurden ausschließlich mit SPSS 13.0 für Windows ausgewertet, wobei auf Grund fehlender Normalverteilung nur nichtparametrische Tests angewandt wurden. Die Auswertung fand in drei Abschnitten statt, wobei jeweils die Auswirkungen der Hara-Shiatsu-Behandlungen zwischen den Gruppen und den zwei Messzeitpunkten untersucht wurden. Das Signifikanzniveau ist 0.05, alle Werte darunter sind als signifikant zu interpretieren.

### 9.1 Auswirkungen von Hara-Shiatsu auf das Störungsbild der Bulimia nervosa

Um die Auswirkungen auf das Störungsbild der Bulimie zu untersuchen wurde der **Vorzeichentest** durchgeführt, der die Anzahl positiver und negativer Differenzen auszählt (Bühl & Zöfel 2005). Es wurden die Items der Versuchsgruppe, welche die Symptomatik der Bulimie abfragt, vor und nach den Shiatsubehandlungen erhoben und mit den Ergebnissen der Kontrollgruppe verglichen. Erhoben wurden die Häufigkeiten des Auftretens der Symptome während der letzten zwei Monate. Zur Antwortauswahl standen: „nie“, „gelegentlich (situationsabhängig)“, „0-3 Tage/Woche“, „4-6 Tage/Woche“, „täglich“.

Bei den Häufigkeiten lassen sich Tendenzen feststellen, ob es zu einer Verbesserung oder Verschlechterung gekommen ist, wenn auch nicht zu einer signifikanten. Es werden die Ausprägungen der Symptome nach der Behandlung minus der Ausprägung vor der Behandlung berechnet.

Die Wertung der Skala bedeutet 1= sehr gut (nie), 5=sehr schlecht (täglich)

Bei „Negative Differenzen“ treten jene Fälle auf, bei denen eine Verbesserung vorliegt, da die Ausprägungen der Symptome nach den Behandlungen kleiner sind als vorher (mehr positive Werte wurden angegeben).

„Positive Differenzen“ zeigen jene Fälle, bei denen eine Verschlechterung zu sehen ist. Unter „Bindungen“ versteht man jene Fälle, bei denen das Befinden gleich geblieben ist (Bühl & Zöfel 2005, S.303).

(die Esszeiten wurden ausgelassen, da man hier nicht von Verbesserung sprechen kann.)

### 9.1.1 Häufigkeiten

<b>Symptom</b>		<b>Versuchsgruppe</b>	<b>Kontrollgruppe</b>
		<b>N</b>	
Fressanfälle	Negative Diff.	4 (1,000)	2 (1,000)
	Positive Diff.	3	2
	Bindungen	11	8
Erbrechen	Negative Diff.	6 (0,125)	2 (1,000)
	Positive Diff.	1	1
	Bindungen	11	9
Abführmittel	Negative Diff.	0 (k.A.)	0 (0,250)
	Positive Diff.	1	3
	Bindungen	17	9
Appetitzügler	Negative Diff.	0 (1,000)	2 (1,000)
	Positive Diff.	0	1
	Bindungen	18	9
Verletzungen	Negative Diff.	1 (k.A.)	1 (1,000)
	Positive Diff.	0	1
	Bindungen	17	10
Alkohol	Negative Diff.	3 (1,000)	5 (0,453)
	Positive Diff.	3	2
	Bindungen	12	5
Drogen	Negative Diff.	3 (1,000)	3 (1,000)
	Positive Diff.	2	2
	Bindungen	13	7
<b>Gesamt</b>		<b>18</b>	<b>12</b>

Tabelle 2: Vorzeichentest

Im Vorzeichentest zeigen sich für beide Gruppen keine signifikanten Veränderungen (Signifikanzniveaus in Klammer). Bei näherer Betrachtung der einzelnen Fälle zeigt sich in der Versuchsgruppe eine Verbesserung der Symptomatik „Fressanfälle“ für vier Personen, für sechs Personen verbessert sich die Symptomatik „Erbrechen“. Die Symptomatik „Fressanfälle“ verschlechtert sich für drei Personen und für eine Person verschlechtert sich das „Erbrechen“. In der Kontrollgruppe kam es zu einer Verbesserung der Symptomatik „Fressanfälle“ für zwei Personen, zu Verbesserung der Symptomatik „Erbrechen“ auch für

zwei Personen. Zur Verschlechterung der Symptomatik „Fressanfälle“ kam es bei zwei Personen und eine Person gab beim „Erbrechen“ eine Verschlechterung an. In der Häufigkeit der Abführmitteleinnahme beginnt in der Versuchsgruppe eine Person mit der Einnahme von Abführmitteln, in der Kontrollgruppe hingegen verschlechtert sich die Situation bei drei Personen, zwei fangen an und eine Person steigert den Abführmittelmissbrauch. Bezüglich der Einnahme von Appetitzüglern ändert sich in der Versuchsgruppe nichts (davor und danach nimmt keine der Personen Appetitzügler), in der Kontrollgruppe fängt eine Person an, eine Person hört auf und eine Person nimmt weniger oft Appetitzügler zum zweiten Testzeitpunkt.

Die Symptomatik „Selbstverletzungen“ verbessert sich bei einer Person in beiden Gruppen über den Testzeitraum, in der Kontrollgruppe fängt eine Person damit an. Bezüglich des Alkoholmissbrauches trinken zum zweiten Testzeitpunkt drei Personen der Versuchsgruppe mehr und drei Personen weniger Alkohol, in der Kontrollgruppe trinken zwei Personen mehr und 5 Personen weniger regelmäßig Alkohol. Im Behandlungszeitraum verringert sich der Drogenkonsum in der Versuchsgruppe bei drei Personen und zwei Personen steigern den Konsum, in der Kontrollgruppe hören drei Personen auf bzw. nehmen weniger regelmäßig Drogen und zwei Personen fangen an bzw. steigern den Missbrauch.

Allerdings zeigen die Bindungen, die bei allen Symptomen am höchsten ausfallen (rot markiert), dass keine Veränderungen zwischen den Zeitpunkten zu erkennen sind.

Zusammengefasst ergeben sich keine signifikanten Veränderungen bezüglich der Symptomatik der Bulimia nervosa während des Untersuchungszeitraums.

## **9.2 Auswirkungen von Hara-Shiatsu auf den körperlichen und seelischen Allgemeinzustand**

Auch hier kam der **Vorzeichentest** zur Anwendung. Im Folgenden werden die p-Werte der verschiedenen Bereiche für Versuchsgruppe und Kontrollgruppe getrennt tabellarisch aufgelistet. Signifikanzniveau ist 5% (0.05). Bei den Items, die den körperlichen und seelischen Allgemeinzustand abfragen, lauteten die Antwortmöglichkeiten von 1-5: „Sehr gut“, „gut“, „neutral“, „schlecht“, „sehr schlecht“. Die signifikanten Bereiche wurden zur besseren Veranschaulichung rot markiert.

Negative Differenzen bedeuten, dass sich das Befinden nach der Behandlung verbessert hat. Anders ausgedrückt, zum zweiten Messzeitpunkt wurden mehr positive Werte angegeben (1=sehr gut, 5=schlecht).

Positive Differenzen bedeuten, dass sich das Befinden nach der Behandlung verschlechtert hat. Bindungen beschreiben, ob das Befinden nach den Behandlungen dem Befinden vor den Behandlungen gleicht, also keine Veränderungen stattgefunden haben (Bühl & Zöfel 2005, S. 303).

### 9.2.1 Häufigkeiten

Bereiche		Versuchsgruppe		Kontrollgruppe	
		N			
Sportanzahl	Negative Diff.	3		4	
	Positive Diff.	9		6	
	Bindungen	6		2	
Sportdauer	Negative Diff.	6		7	
	Positive Diff.	6		3	
	Bindungen	6		2	
Schlaf	Negative Diff.	7		3	
	Positive Diff.	3		4	
	Bindungen	8		5	
Entspannung	Negative Diff.	11		7	
	Positive Diff.	1	0.006	2	0.180
	Bindungen	6		3	
Verdauung	Negative Diff.	7		3	
	Positive Diff.	4		3	
	Bindungen	7		6	
Stuhlgang	Negative Diff.	8		3	
	Positive Diff.	0	0.006	4	1.000
	Bindungen	10		5	
Temperatur	Negative Diff.	11		8	
	Positive Diff.	2	0.022	0	0.008
	Bindungen	5		3	
Mensis	Negative Diff.	5		4	
	Positive Diff.	3		1	
	Bindungen	8		6	
Depression	Negative Diff.	10		10	
	Positive Diff.	0	0.002	1	0.012
	Bindungen	8		1	
Ängste	Negative Diff.	10		7	
	Positive Diff.	0	0.002	2	0.180
	Bindungen	8		3	
Müdigkeit	Negative Diff.	10		3	
	Positive Diff.	6		4	
	Bindungen	2		5	
Magenprob.	Negative Diff.	4		6	

	Positive Diff.	4		2	
	Bindungen	10		4	
Knieprob.	Negative Diff.	7		7	
	Positive Diff.	2		2	
	Bindungen	9		3	
Rückenprob.	Negative Diff.	9		5	
	Positive Diff.	6		4	
	Bindungen	3		3	
Erkältung	Negative Diff.	6		6	
	Positive Diff.	4	0.754	0	0.031
	Bindungen	8		6	
Nervosität	Negative Diff.	8		7	
	Positive Diff.	3		2	
	Bindungen	7		3	
allg.Befinden	Negative Diff.	12		2	
	Positive Diff.	3	0.035	3	1.000
	Bindungen	3		5	
<b>Gesamt</b>		<b>18</b>		<b>12</b>	

Tabelle 3: Vorzeichentest

Hier ist in allen signifikanten Bereichen eine Verbesserung der Ausgangssituation zu erkennen. Die Anzahl der Verbesserungen ist in jedem der signifikanten Bereiche signifikant höher als die Anzahl der Verschlechterungen.

Bei den Bindungen ist die Interpretation etwas unklar, weil man nicht weiß, wovon man ausgegangen ist. Das Item stellt nur fest, dass sich die Angaben des Fragebogens zu den 2 Zeitpunkten nicht verändert haben. Es ist also nicht sicher, ob die Person keine Beschwerden hatte oder aber bei beiden „sehr schlecht“ angegeben hat.

Im Vorzeichentest konnten in den Bereichen „Entspannung“, „Stuhlgang“, „Temperatur“, „Depression“, „Ängste“, „Erkältung“ und „allgemeines Befinden“ signifikante Veränderungen festgestellt werden. Da jedoch die beiden Gruppen nicht gleich groß waren, wurde zusätzlich die **Varianzanalyse mit Messwiederholungen** herangezogen, um besser interpretieren zu können, ob die signifikanten Bereiche tatsächlich signifikante Veränderungen zeigen oder ob die Größe der Gruppe einen Einfluss hatte und die Unterschiede auf Grund der Gruppengröße aufscheinen. In der Graphik kann die Richtung der Veränderung abgelesen werden. Da die Antwortmöglichkeit, in Bezug auf körperliche Veränderungen, für „sehr gut“, mit 1 und „sehr schlecht“ mit 5 kodiert wurden, ergeben niedrige Werte zum 2. Messzeitpunkt eine Verbesserung. Eine abfallende Linie in der Graphik spricht hiermit für eine Verbesserung des jeweiligen Bereiches. Die Voraussetzung

für die Nicht-Signifikanz der Kovarianzmatrizen wurde außer für die „Sportanzahl“ und „Sportdauer“ in allen anderen Bereichen erfüllt. Die Signifikanzen wurden bei „Huynh-Feldt“ abgelesen. Außerdem interessant ist das „Partielle Eta-Quadrat“, welches darüber Auskunft gibt, wie viel der Varianz erklärt wird. Es ist ein Effektstärkenmaß.

## 9.2.2 Varianzanalyse mit Messwiederholungen

**Sportanzahl:** Wie oft in der Woche durchschnittlich Sport betrieben wurde.

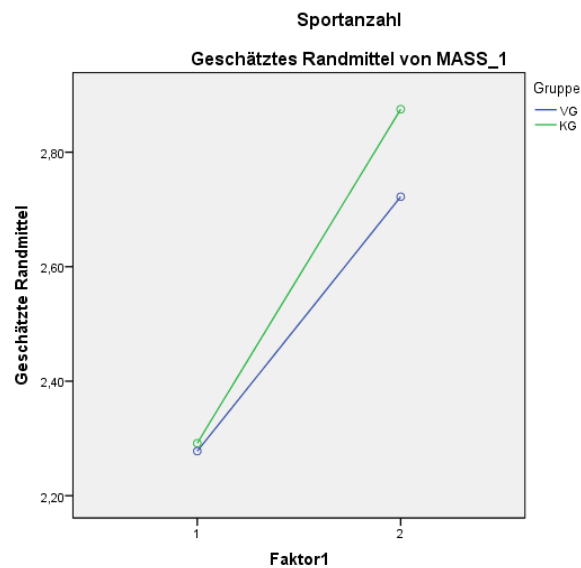


Abb. 7: Häufigkeit der sportlichen Betätigung pro Woche zu beiden Messzeitpunkten. (Versuchsgruppe blau, Kontrollgruppe grün)

Bei der Häufigkeit der sportlichen Betätigung pro Woche konnten keine signifikanten Veränderungen festgestellt werden ( $p=0,069$ ). In der Graphik sieht man sogar eine deutliche Abnahme des Sports für beide Gruppen, die Kontrollgruppe macht noch eine Spur weniger oft Sport.

**Sportdauer:** Anzahl der Minuten, die eine sportliche Betätigung durchschnittlich in Anspruch nimmt.

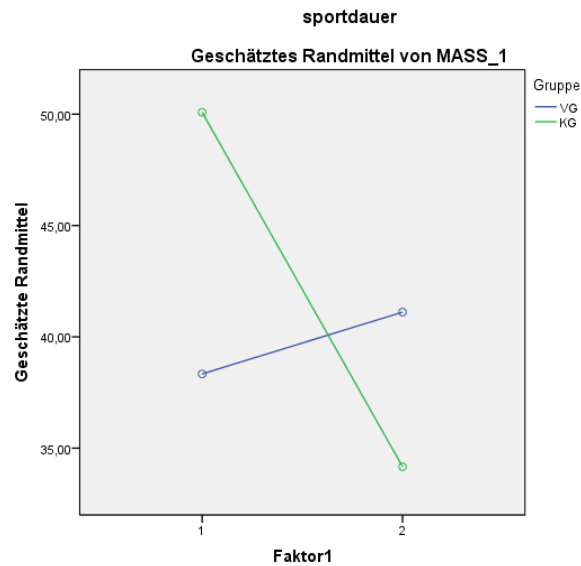


Abb. 8: Dauer der sportlichen Betätigung pro Woche zu beiden Messzeitpunkten (Versuchsgruppe blau, Kontrollgruppe grün)

Bei der Sportdauer sieht man in der Graphik einen Unterschied zwischen den Gruppen, der jedoch nicht signifikant ist ( $p=0.198$ ). Bei der Kontrollgruppe liegt eine Abnahme der Minuten von ca. 51 auf knappe 33 vor. Es wird nicht nur weniger oft Sport betrieben, sondern auch kürzer. In der Versuchsgruppe steigt die Minutenzahl von ca.39 auf 42. Insgesamt sind diese Veränderungen nicht signifikant ( $p=0.361$ ).

**Schlaf:** gefragt wurde nach der Qualität des Schlafes

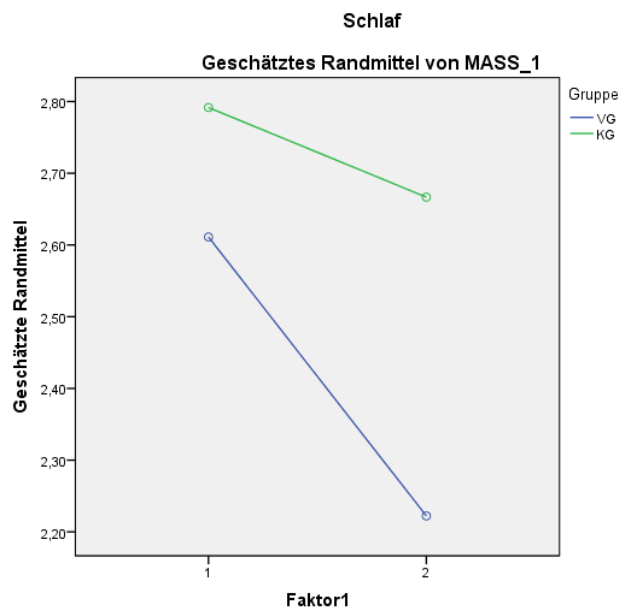


Abb.9: Schlafqualität vorher und nachher zwischen Versuchsgruppe (blau) und Kontrollgruppe (grün)

Beim Schlaf konnte keine signifikante Veränderung festgestellt werden ( $p=0,274$ ). In der Graphik sieht man bei beiden Gruppen eine Verbesserung, die in der Versuchsgruppe mit Hara-Shiatsu etwas deutlicher ausfällt, doch eben nicht signifikant.

**Entspannung:** wie gut können sich die Klientinnen entspannen?

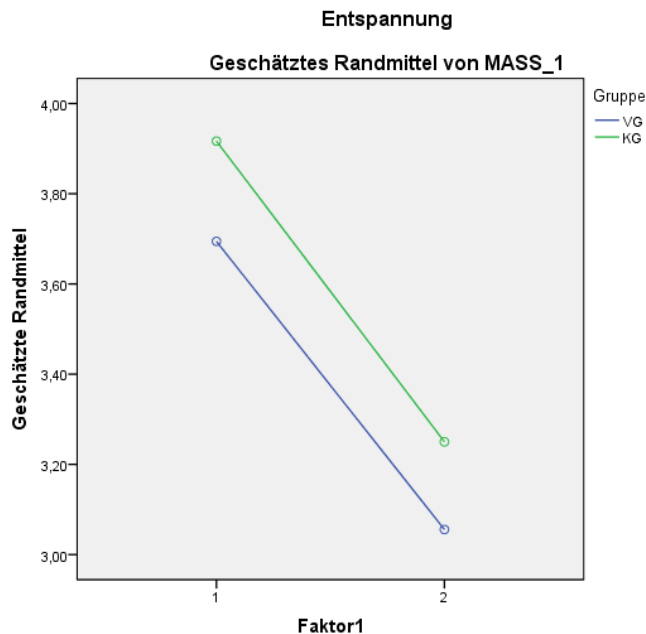


Abb. 10: Entspannungsfähigkeit vorher und nachher. Versuchsgruppe (blau) , Kontrollgruppe (grün)

Das Item „Entspannen“ beschäftigt sich mit der Fähigkeit sich entspannen zu können und konnte mit sehr gut bis sehr schlecht beantwortet werden. Zusätzlich konnten die Klientinnen, wenn sie Probleme mit dem Entspannen haben, nennen, wie sich diese äußern. Als Beispiele wurden von uns „innere Unruhe“ und „Verspannungen“ genannt. Hier ergibt sich zum 2. Messzeitpunkt nach 3 Monaten eine signifikante Verbesserung mit einem p-Wert von **0.002** und zwar für beide Gruppen. Das bedeutet, wie man in der Graphik gut erkennen kann, beide Gruppen zeigen eine Verbesserung und zwar proportional. Es kann also die Entspannung nicht auf Shiatsu zurückgeführt werden, da die Gruppe ohne Shiatsu in gleichem Ausmaß eine Verbesserung der Entspannungsfähigkeit erfährt. Dieser Bereich wurde besonders im qualitativen Teil von den KlientInnen positiv hervorgehoben. Da jedoch nur die Versuchsgruppe qualitativ befragt wurde ist hier leider kein Vergleich mit Angaben von KlientInnen der Kontrollgruppe möglich.



## Verdauung: Wie funktioniert die Verdauung?

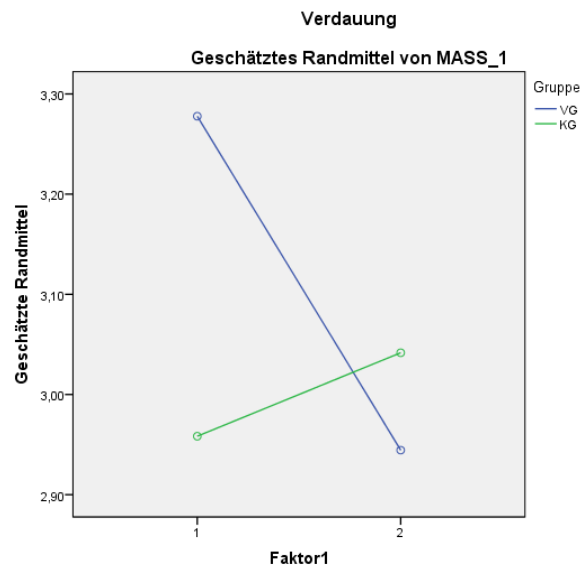


Abb. 11: Verdauungsfunktion vorher und nachher. Versuchsgruppe (blau) und Kontrollgruppe (grün)

Bei der Verdauung ist keine Veränderung beobachtbar ( $p=0.499$ ) auch zwischen den Gruppen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede ( $p=0.264$ ). Die Graphik lässt jedoch eine Verbesserung der Verdauung, in Bezug auf Völlegefühl und Blähungen, bei der Versuchsgruppe erkennen. Bei der Kontrollgruppe verschlechtert sich der Zustand bis zum 2. Messzeitpunkt.

## Stuhlgang: Wie ist die Beschaffenheit des Stuhls?

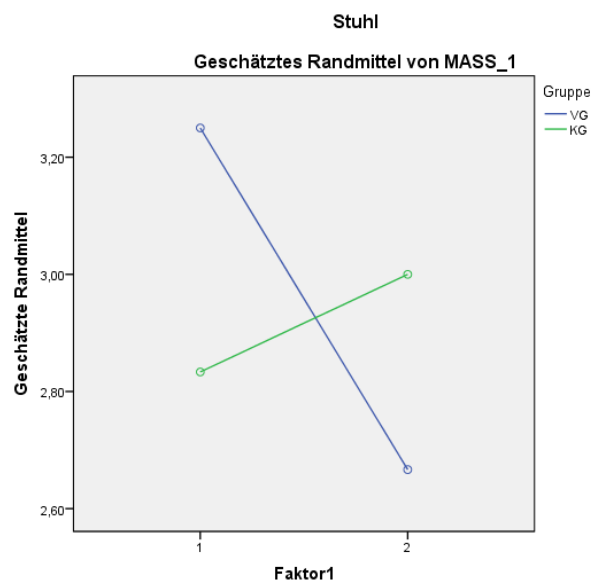


Abb.12: Stuhlgang vorher und nachher. Versuchsgruppe (blau) und Kontrollgruppe (grün)

Das Item „Stuhlgang“ bezieht sich auf Verdauungsprobleme, welche sich auf das Endprodukt beschränken. Angaben unsererseits waren „Verstopfung“, „Durchfall“, „breiiger Stuhl“. Diese Informationen sind in der Chinesischen Medizin wichtig, um auf die Energetik der zugeordneten Organe schließen zu können.

Beim Stuhlgang lässt sich eine positive Veränderung in der Versuchsgruppe erkennen, bei der Kontrollgruppe sieht man hier eine Verschlechterung. In diesem Bereich unterscheiden sich die Gruppen signifikant voneinander mit einem Wert von  $p=0.024$ . Hier wird der positive Aspekt von Shiatsu in den Daten sichtbar, da der Effekt nur auf die Gruppe zutrifft, die mit Shiatsu behandelt wurde.

**Temperatur:** Wie gut funktioniert der Temperaturhaushalt?

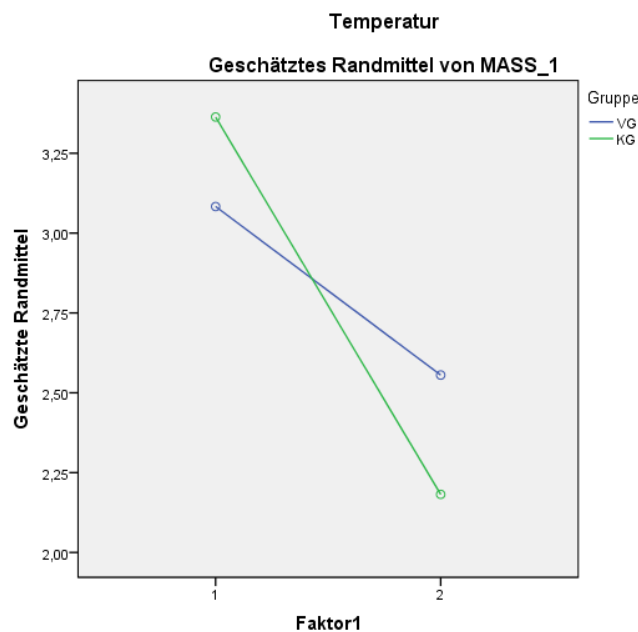


Abb. 13: Temperaturhaushalt vorher und nachher. Versuchsgruppe (blau) und Kontrollgruppe (grün)

Das Item „Temperatur“ beschäftigt sich mit dem Temperaturhaushalt und der Wärmeverteilung im Körper. Probleme, die hier auftreten können, sind „kalte Füße“, „kalte Hände“, „Hitzewallungen“. Beim Temperaturhaushalt, ergeben sich für beide Gruppen signifikante Veränderungen im Sinne einer Verbesserung ( $p=0.000$ ). Dieser signifikante Effekt könnte auf den Beginn der wärmeren Jahreszeit zurückzuführen sein, da unser Erhebungszeitraum von April bis Juni war und die meisten Klientinnen, laut schriftlichen Angaben, eher unter Kältesymptomen gelitten hatten (kalte Extremitäten). Die Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant ( $p=0.092$ ). In der Graphik kann man eine etwas deutlichere Verbesserung bei der Kontrollgruppe erkennen.

**Menstruation:** Wie wird die Menstruation bewertet?

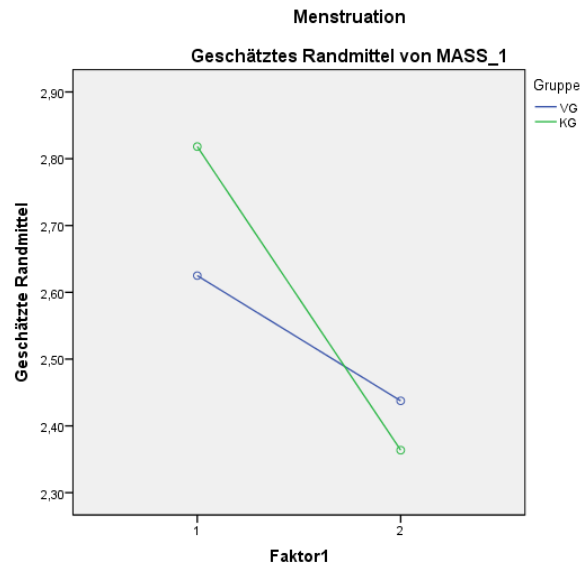


Abb. 14: Menstruation vorher und nachher. Versuchsgruppe (blau) und Kontrollgruppe (grün)

Bei der Menstruation und ihren Begleitproblemen, wie z.B. Bauchkrämpfe zeigen sich für beide Gruppen keine signifikanten Veränderungen (0.087). In der Graphik kann man jedoch eine tendenzielle Verbesserung erkennen. Hier wurde von vielen Teilnehmerinnen angegeben, die Pille zu nehmen und aus diesem Grund wenige Probleme zu haben.

**Depression:** Wie oft die Klientinnen in den letzten zwei Monaten depressiv verstimmt waren. Von „nie“ bis „sehr häufig“.

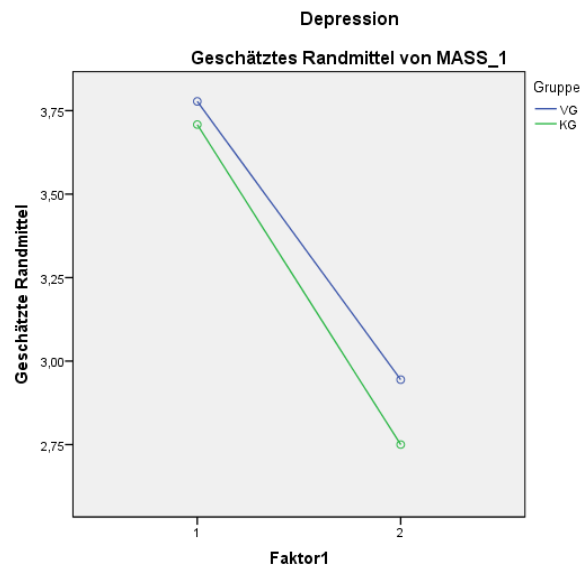


Abb. 15: subjektiv wahrgenommene depressive Stimmung vorher und nachher. Versuchsgruppe (blau) und Kontrollgruppe (grün)

Beim Bereich der sich mit depressiven Verstimmungen beschäftigt konnte eine signifikante Veränderung nachgewiesen werden mit einem Wert von  $p=0.000$ . Diese Verbesserung der Stimmungslage trifft auf beide Gruppen in nahezu gleichem Maße zu. Die Gruppen unterscheiden sich demnach nicht voneinander. ( $p=0.762$ ). Diese Veränderung ist vermutlich auf die psychotherapeutische Behandlung und die medikamentöse Einstellung mit Antidepressiva zurückzuführen.

**Ängste:** Ob in den letzten zwei Monaten Ängste auftraten, die über das normale Maß hinaus gingen? Von „nie“ bis „sehr häufig“

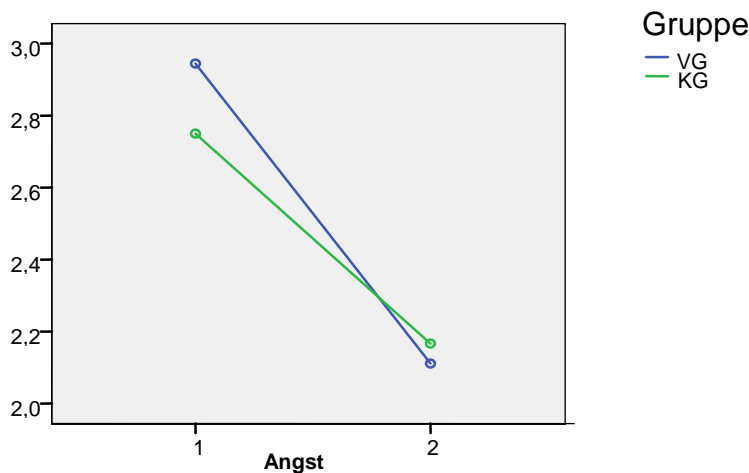


Abb. 16: Ängste vorher und nachher. Versuchsgruppe (blau) und Kontrollgruppe (grün)

Auch bei den Ängsten zeigen sich signifikante Veränderungen die sich in einer Verbesserung abzeichnen ( $p=0.002$ ). Dieser Effekt ist für beide Gruppen gleich ( $p=0.544$ ). In der Graphik zeigt sich die Verbesserung bei der Versuchsgruppe um eine Spur deutlicher.

**Müdigkeit:** Wie belastend diese empfunden wird? Von „gar nicht belastend“ bis „sehr belastend“

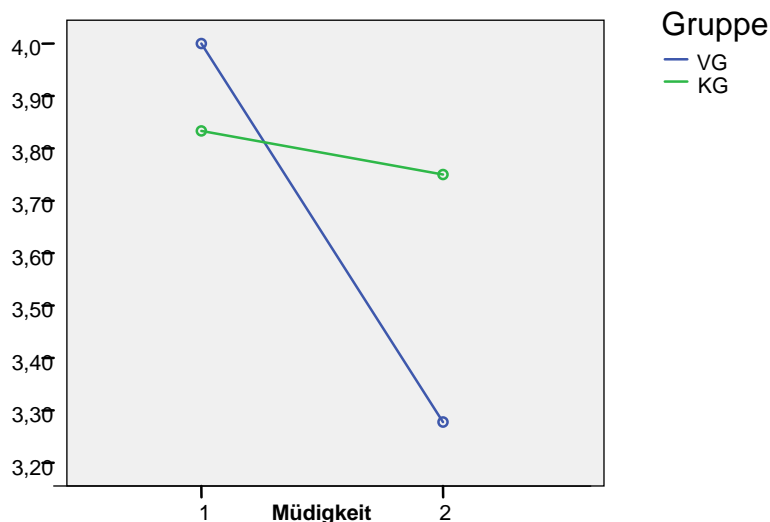


Abb. 17: Müdigkeitsempfinden vorher und nachher. Versuchsgruppe (blau) und Kontrollgruppe (grün)

Beim Bereich Müdigkeit und wie belastend diese empfunden wird, ergibt sich keine signifikante Veränderung ( $p=0.190$ ). Auch bei den Gruppen gibt es keinen signifikanten Unterschied ( $p=0.296$ ). In der Graphik sieht man jedoch bei beiden eine Verbesserung, die in der Versuchsgruppe stärker ausfällt.

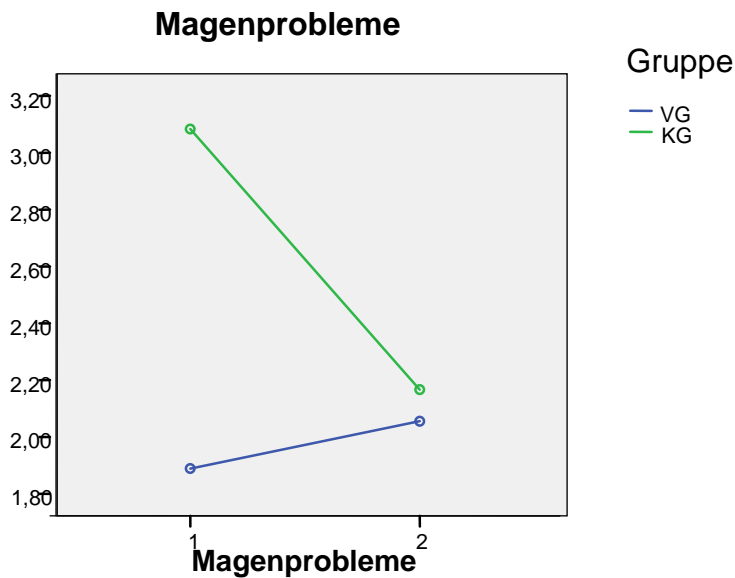


Abb. 18: Magenprobleme vorher und nachher. Versuchsgruppe (blau) und Kontrollgruppe (grün)

Bei den Magenproblemen und wie belastend diese empfunden wurden, ist keine signifikante Veränderung zu erkennen ( $p=0.364$ ), auch die Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander ( $p=0.194$ ). In der Graphik sieht man jedoch eine Verbesserung bei der Kontrollgruppe, bei der Versuchsgruppe, die von Anfang an weniger Probleme mit dem Magen hatten, verschlechterte sich der Zustand etwas.

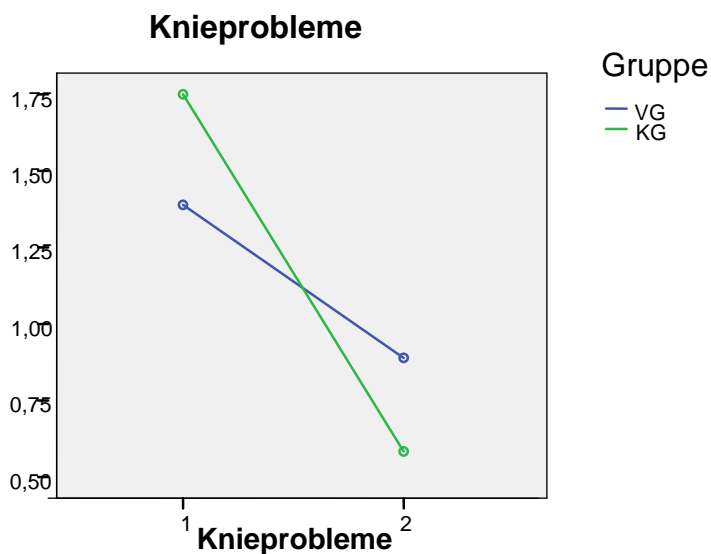


Abb. 19: Knieprobleme vorher und nachher. Versuchsgruppe (blau) und Kontrollgruppe (grün)

In diesem Bereich ergeben sich signifikante Veränderungen in beiden Gruppen mit  $p=0.013$ . Die Verbesserung ist in der Kontrollgruppe noch ausgeprägter.

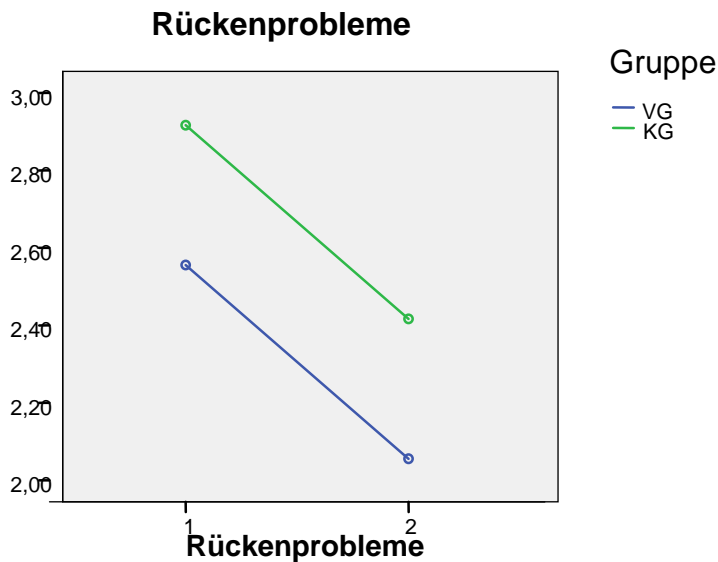


Abb.20: Probleme mit dem Rücken vorher und nachher. Versuchsgruppe (blau) und Kontrollgruppe (grün)

Bei den Rückenproblemen ergeben sich keine signifikanten Veränderungen in beiden Gruppen. Aus der graphischen Darstellung kann man trotzdem eine leichte Verbesserung bei beiden Gruppen sehen, die in gleichem Maße ausfällt.

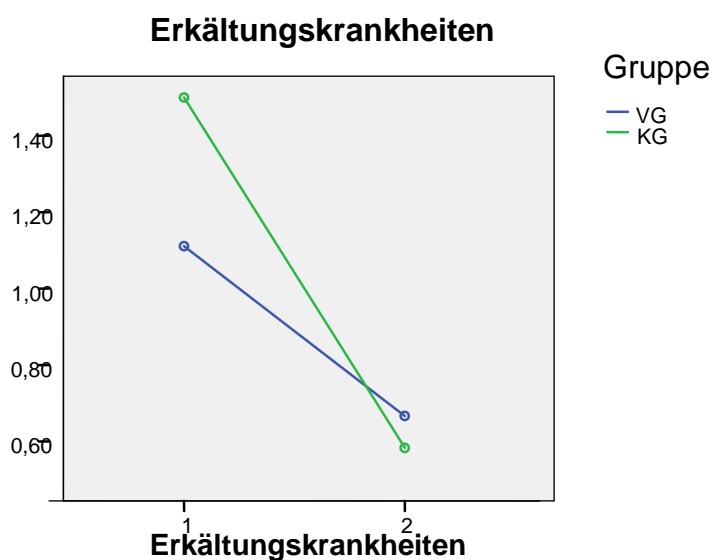


Abb. 21: Erkältungskrankheiten vorher und nachher. Versuchsgruppe (blau) und Kontrollgruppe (grün)

Bei der Häufigkeit der Erkältungskrankheiten und wie belastend diese empfunden werden gibt es eine signifikante Veränderung für beide Gruppen ( $p=0.016$ ), in der Kontrollgruppe ist die

Verbesserung noch deutlicher sichtbar. Diese Veränderung kann wiederum mit den wärmeren Klimatischen Bedingungen im Laufe des Erhebungszeitraums zusammenhängen oder die bestehenden Krankheiten wurden nicht mehr so belastend empfunden.

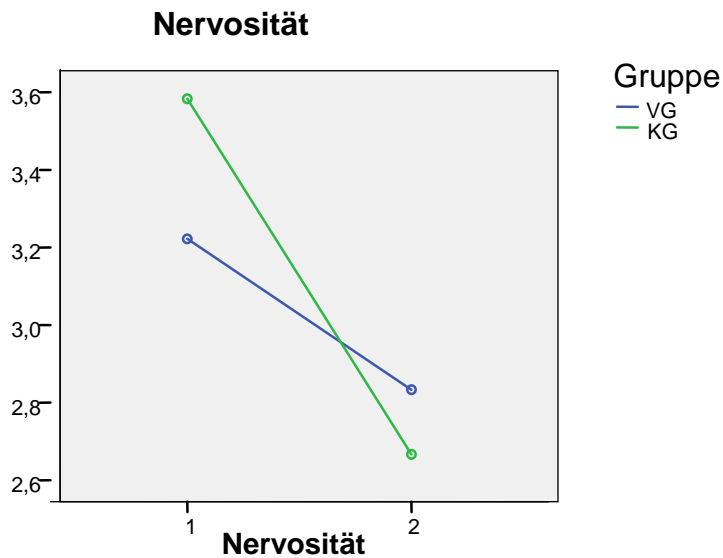


Abb. 22: Nervosität vorher und nachher. Versuchsgruppe (blau) und Kontrollgruppe (grün)

Auch die Nervosität und wie belastend diese auf die Klientinnen wirkt, veränderte sich in beiden Gruppen signifikant positiv ( $p=0.032$ ). Man sieht eine deutliche Abnahme des nervösen Empfindens, welche in der Kontrollgruppe noch stärker ausgeprägt ist.

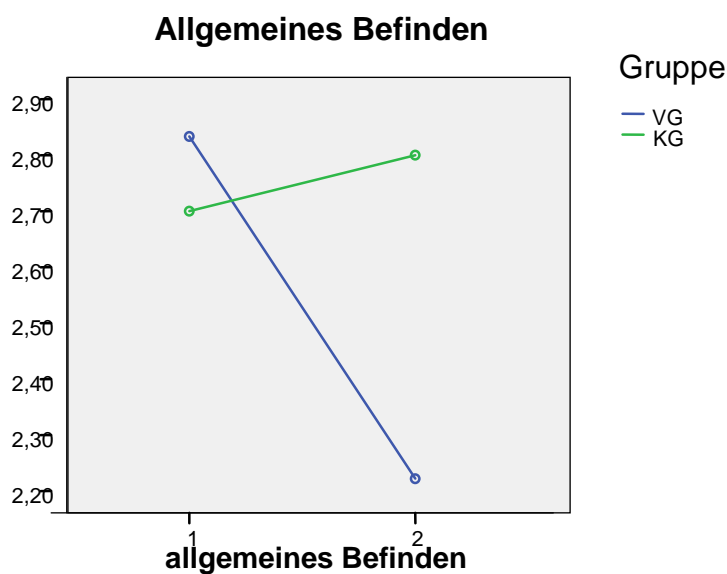


Abb.23: Momentanes Befinden zu den Testzeitpunkten. Versuchsgruppe (blau) und Kontrollgruppe (grün)

Beim momentanen Befinden zeigen sich keine signifikanten Veränderungen ( $p=0.216$ ), auch zwischen den Gruppen ergibt sich kein signifikanter Unterschied ( $p=0.090$ ), wobei man in der Graphik Unterschiede erkennen kann. Bei der Versuchsgruppe wird eine Verbesserung sichtbar, wogegen in der Kontrollgruppe eine geringfügige Verschlechterung des momentanen Befindens gegeben ist.

### **9.2.3 Zusammenfassung:**

In Bezug auf den körperlichen und seelischen Allgemeinzustand konnten von 17 erhobenen Bereichen in 8 eine signifikante Veränderung festgestellt werden. Bei den KlientInnen ist in folgenden Bereichen eine signifikante Verbesserung eingetreten: „Entspannung“, „Stuhlgang“, „Temperaturhaushalt“, „Depression“, „Ängste“, „Knieprobleme“, „Erkältungskrankheiten“ und „Nervosität“. Außer im Bereich „Stuhlgang“ sind die Veränderungen in beiden Gruppen erkennbar, der Effekt ist somit nicht explizit auf Shiatsu zurückzuführen. Vor allem im Bereich der Verdauung scheint Shiatsu einen positiven Einfluss gehabt zu haben, da sich hier ausschließlich für die Versuchsgruppe eine signifikante Verbesserung ergab, bei der Kontrollgruppe hat sich der Stuhlgang bis zum zweiten Messzeitpunkt verschlechtert. In den nicht signifikanten Bereichen ist in der graphischen Darstellung sowie bei den Häufigkeiten in beinahe allen Fällen eine leichte Verbesserung erkennbar, nur die Häufigkeit der sportlichen Aktivitäten nahm bei beiden Gruppen ab (was auch für ein genussvolleres Umgehen mit dem eigenen Körper sprechen könnte) und in der Kontrollgruppe sank auch die Dauer, in der Versuchsgruppe stieg die Sportdauer ein wenig. In der Kontrollgruppe verschlechterten sich die Verdauung, sowie der Stuhlgang und das momentane Allgemeinbefinden. In der Versuchsgruppe verschlechterten sich allein die Magenprobleme, bzw. das Ausmaß, wie belastend diese empfunden wurden. Ansonsten hat sich bis zum 2. Messzeitpunkt der körperliche und seelische Allgemeinzustand in beiden Gruppen verbessert. Beim allgemeinen Befinden kann bei der Versuchsgruppe eine tendenzielle Verbesserung festgestellt werden.

Die Unterschiede zwischen den Gruppen im zuvor ausgeführten Vorzeichen-Test sind anscheinend auf die unterschiedlich große Anzahl der Versuchspersonen in den 2 Gruppen zurückzuführen



### 9. 3. Auswirkungen von Hara-Shiatsu auf die Lebenszufriedenheit

Gemessen an den Skalen des FLZ (Fragebogen zur Lebenszufriedenheit)

Um die Auswirkungen von Hara-Shiatsu auf die Lebenszufriedenheit der KlientInnen mit Bulimie zu erfassen, wurde der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (Fahrenberg et al, 2000) herangezogen, der 10 Bereiche der Lebenszufriedenheit abfragt. Es wird nach der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit, der beruflichen Situation, der finanziellen Lage, der zur Verfügung stehenden Freizeit und deren Nutzung, der Qualität von Ehe und Partnerschaft, der Beziehung zu den eigenen Kindern, der eigenen Person, Sexualität, der Beziehung zu Freunden und Verwandten, und der Wohnsituation gefragt.

Zunächst wurden die Subskalen zu den einzelnen Lebensbereichen auf deren Reliabilität und Homogenität getestet.

Pro Item standen sieben Antwortmöglichkeiten zur Verfügung: „sehr unzufrieden“, „unzufrieden“, „eher unzufrieden“, „weder – noch“, „eher zufrieden“, „zufrieden“, „sehr zufrieden“. Jeder Lebensbereich wird mit Hilfe mehrerer Items gemessen.

In den Lebensbereichen „Ehe und Partnerschaft“ und besonders bei der Wohnung liegt eine relativ hohe Zufriedenheit vor (hohe Werte). In den Bereichen „Beruf“, „Sexualität“ und „Freizeit“ sind die Testpersonen in den meisten Items deutlich weniger zufrieden.

Aus den Items jedes Bereichs wurde ein additiver Score gebildet, indem die Zeilensumme der Items durch die Anzahl der Items jedes Lebensbereichs berechnet wurden. Dieser Score bildete die Gesamtskala jedes Bereichs, der für die weiteren Berechnungen herangezogen wurde.

Weiters wurden alle Skalen einer Reliabilitätsprüfung unterzogen. Der Reliabilitätskoeffizient ist ein wichtiger Kennwert zur Beurteilung des Gesamttests. Er ist ein Maß der Genauigkeit, mit der ein Merkmal durch den Test erfasst wird. Besonderes Augenmerk wird hier auf **Cronbach Alpha** gelegt, dessen Wert zwischen 0 und 1 liegt (Bühl & Zöfel 2005, S.457). Hohe Werte, nahe an 1 sprechen für eine hohe Genauigkeit mit der die Items den Test beschreiben.

Die Zuverlässigkeit: die innere Konsistenz (Cronbach Alpha) der Skalen liegt zwischen 0.713 und 0.937 und ist somit ausreichend bis sehr gut.

Der Bereich, der sich mit der Beziehung zu den eigenen Kindern befasst, wurde in dieser Arbeit ausgeklammert, da in der Stichprobe nur eine Person ein erwachsenes Kind hat.

Um die Veränderungen der Lebenszufriedenheit zum zweiten Messzeitpunkt, nach der Hara-Shiatsu-Behandlung zu messen und die Unterschiede zwischen den zwei Gruppen herauszufinden, wurde die **Varianzanalyse mit Messwiederholungen** herangezogen (Bühl & Zöfel 2006, S.288).

Diese untersucht einerseits, ob sich signifikante Veränderungen über die Zeit ergeben haben und andererseits, ob diese Veränderungen in beiden Gruppen auftreten oder sich eine Gruppe signifikant von der anderen unterscheidet. Zur Veranschaulichung wurden die Veränderungen für beide Gruppen graphisch dargestellt.

Hohe Werte sprechen für eine hohe Lebenszufriedenheit, da auf der sieben-stufigen Skala des Fragebogens „sehr unzufrieden“ mit 1 und „sehr zufrieden“ mit 7 kodiert wurde.

In der Graphik kann daher ein Anstieg zum 2. Messzeitpunkt als Verbesserung interpretiert werden. Die Voraussetzung, der Homogenität der Kovarianzmatrizen wurde in allen Skalen erfüllt. Zum Ablesen der Signifikanz der Innersubjekteffekte wurde die **Huynh-Feldt-Methode** herangezogen, da diese am robustesten gegen Voraussetzungsverletzungen ist. Das **Partielle Eta-Quadrat** gibt die Effektstärke an.

### 9.3.1 Varianzanalyse mit Messwiederholungen

#### Gesundheit

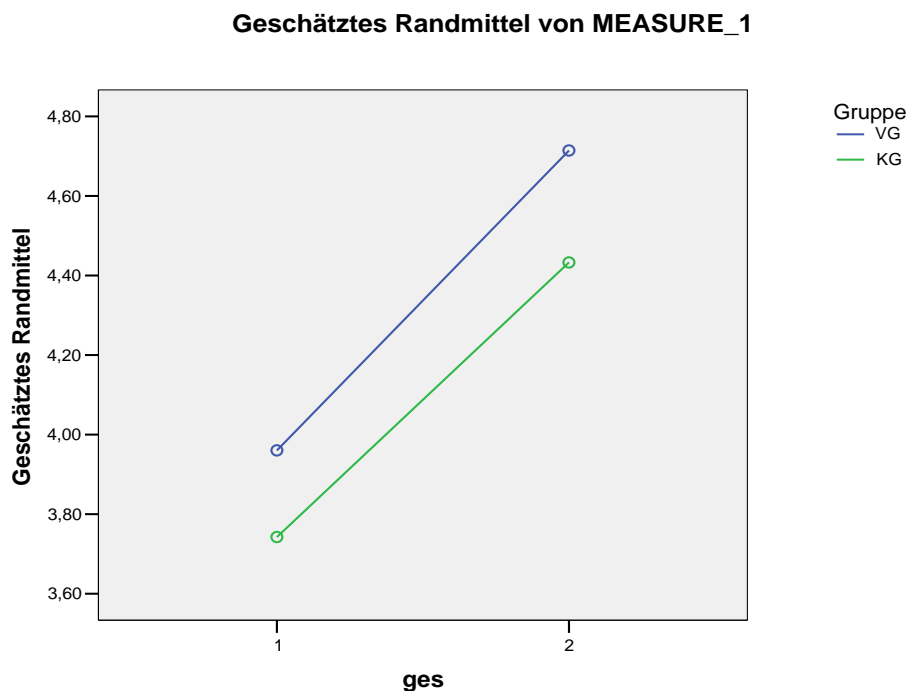


Abb. 24: Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit zu den Testzeitpunkten. Versuchsgruppe (blau) und Kontrollgruppe (grün)

In der Graphik zur Skala „Gesundheit“, ist für beide Gruppen eine hoch signifikante Veränderung sichtbar ( $p=0.000$ ). Das bedeutet, dass die KlientInnen zum 2. Testzeitpunkt viel zufriedener mit ihrem Gesundheitszustand sind. Dies zeigt sich für beide Gruppen, da der Wert, der sich mit den Unterschieden zwischen den Gruppen befasst, nicht signifikant ist. ( $p=0.861$ ) In der Graphik sieht man eine Zunahme in Richtung Verbesserung. Die Versuchsgruppe ist zum 1. Messzeitpunkt zufriedener als die Kontrollgruppe, die Zufriedenheit steigt bei beiden nahezu parallel an.

### Beruf:

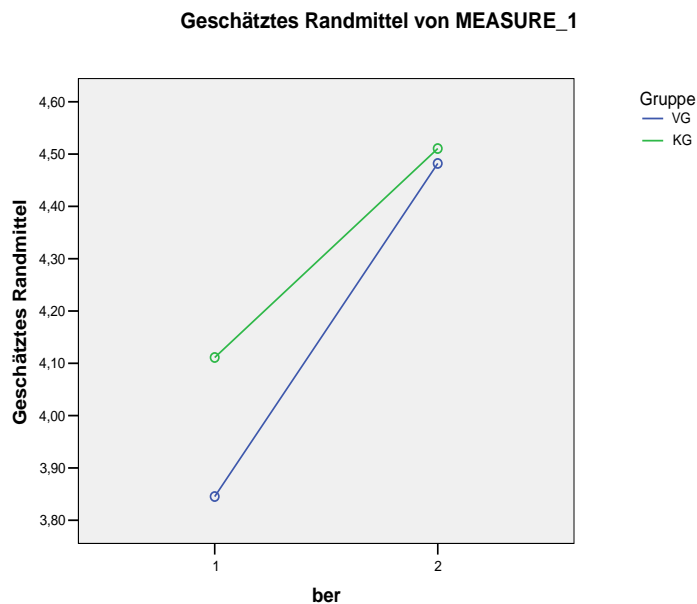


Abb. 25: Berufliche Zufriedenheit zu den Testzeitpunkten. Versuchsgruppe (blau) und Kontrollgruppe (grün)

Bei der beruflichen Situation ist eine signifikante Verbesserung mit einem p-Wert von 0.009 zu sehen. Versuchs- und Kontrollgruppe unterscheiden sich jedoch nicht signifikant ( $p=0.521$ ). In der Versuchsgruppe ist eine geringere Zufriedenheit zum ersten Zeitpunkt zu erkennen, diese steigt jedoch rapide an und ist bei der zweiten Messung nur knapp unter dem Wert der Kontrollgruppe.

## Finanzielle Lage:

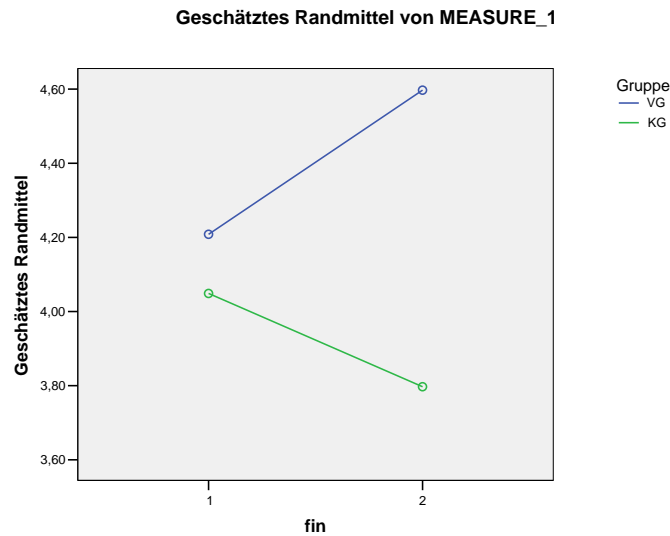


Abb. 26: Zufriedenheit mit der finanziellen Lage zu den Testzeitpunkten. Versuchsgruppe (blau) und Kontrollgruppe (grün)

Bei der finanziellen Lage gibt es weder signifikante Veränderungen zwischen den zwei Zeitpunkten ( $p=0.724$ ), noch eine Wechselwirkung zwischen den Gruppen ( $p=0.108$ ). In der Graphik erkennt man jedoch ein höheres Maß an Zufriedenheit in der Versuchsgruppe, zum 2. Zeitpunkt. In der Kontrollgruppe hingegen sieht man eine Tendenz in Richtung höherer Unzufriedenheit mit der finanziellen Lage zum 2. Zeitpunkt.

## Freizeit:

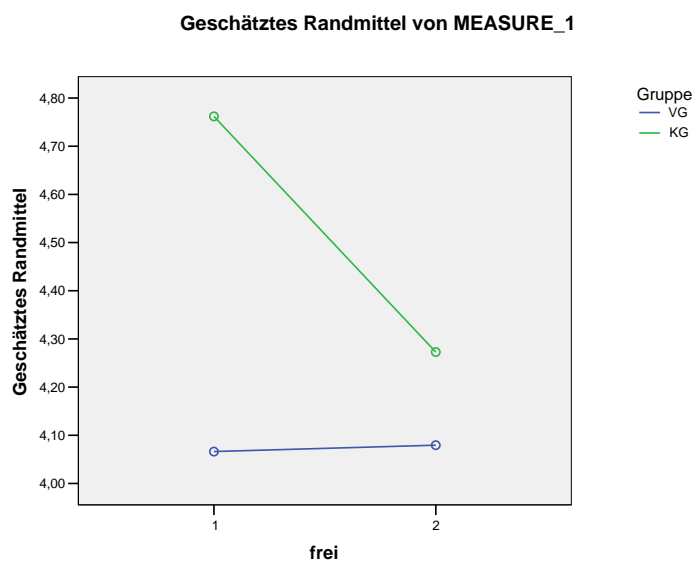


Abb. 27: Zufriedenheit mit der Freizeit zu den Testzeitpunkten. Versuchsgruppe (blau) und Kontrollgruppe (grün)

Auch bei der Zufriedenheit mit der Menge der Freizeit und deren Nutzung ergeben sich keine signifikanten Veränderungen über die Zeit ( $p=0.240$ ) und auch zwischen den Gruppen ist kein signifikanter Unterschied ablesbar ( $p= 0.215$ ). Die Betrachtung der Graphik, bietet allerdings weitere Informationen. Bei der Versuchsgruppe ist die Zufriedenheit zum ersten Zeitpunkt wesentlich geringer als bei der Kontrollgruppe und verändert sich nur unmerklich in Richtung einer höheren Zufriedenheit. Die Kontrollgruppe startet mit einem höheren Grad an Zufriedenheit, diese nimmt jedoch bis zum zweiten Testzeitpunkt ab.

### Ehe und Partnerschaft:

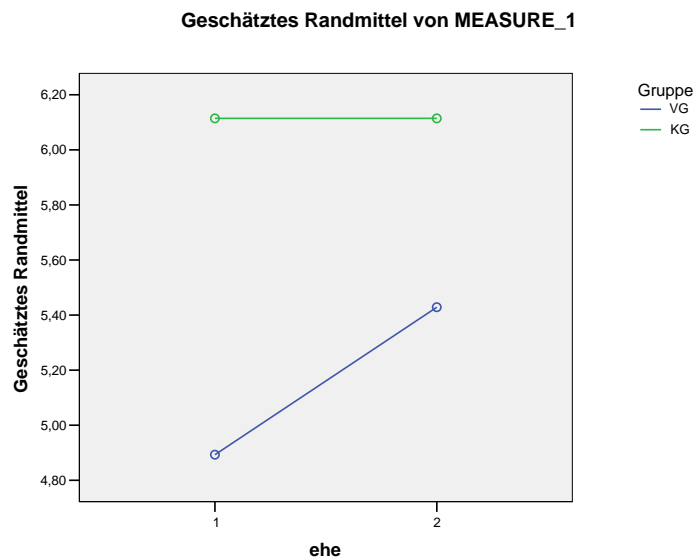


Abb. 28: Zufriedenheit mit Ehe und Partnerschaft zu den Testzeitpunkten. Versuchsgruppe (blau) und Kontrollgruppe (grün)

Im Bereich Ehe und Partnerschaft sind die Unterschiede nicht signifikant, weder zwischen den Zeitpunkten, noch zwischen den Gruppen. In beiden Bereichen ist der p-Wert 0.611. In der Graphik kann man sehen, dass die Kontrollgruppe zu Beginn der Untersuchung zufriedener war und sich dieser Zustand bis zum Schluss nicht verändert hat. Die Versuchsgruppe beginnt mit einer geringeren Zufriedenheit, die sich aber im Laufe der Zeit und nach den Behandlungen verbessert.

## Eigene Person:

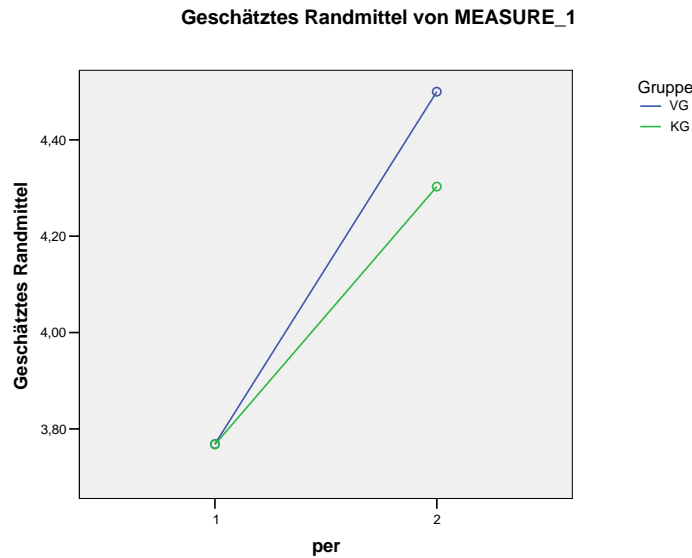


Abb. 29: Zufriedenheit mit der eigenen Person zu den Testzeitpunkten. Versuchsgruppe (blau) und Kontrollgruppe (grün)

Die Zufriedenheit mit der eigenen Person verändert sich signifikant ( $p= 0.000$ ), zwischen den Gruppen zeigt sich jedoch kein signifikanter Unterschied ( $p= 0.502$ ). Das bedeutet, Versuchs- und Kontrollgruppen sind zum zweiten Messzeitpunkt deutlich zufriedener mit der eigenen Person als zu Beginn der Untersuchung. In der Graphik kann man einen gleichen Ausgangspunkt an Zufriedenheit erkennen, bis zum zweiten Zeitpunkt steigt die Zufriedenheit bei der Versuchsgruppe etwas mehr.

## Sexualität:

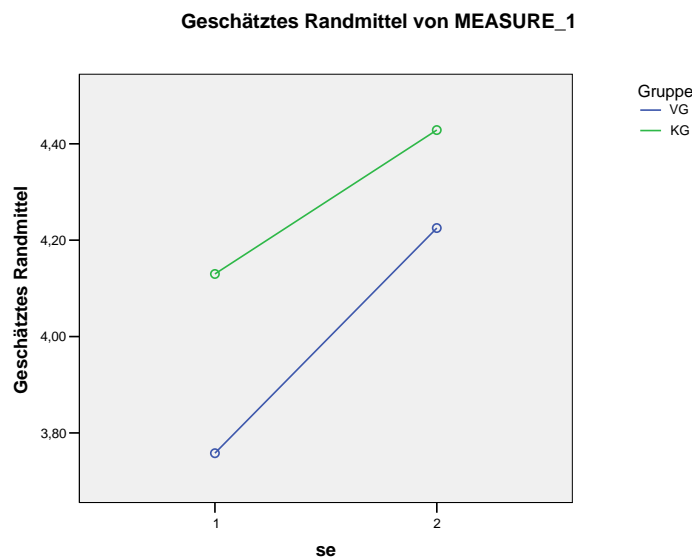


Abb. 30: Sexuelle Zufriedenheit zu den Testzeitpunkten. Versuchsgruppe (blau) und Kontrollgruppe (grün)

Bei der Zufriedenheit mit der Sexualität gibt es eine signifikante Verbesserung für beide Gruppen zwischen den zwei Zeitpunkten ( $p= 0.042$ ). Die Gruppen unterscheiden sich allerdings nicht voneinander ( $p=0.642$ ). In der Graphik sieht man bei beiden eine Verbesserung, die Versuchsgruppe ist im Vergleich zur Kontrollgruppe unzufriedener mit ihrer Sexualität, diese nimmt aber im Vergleich stärker zu, liegt aber zum zweiten Zeitpunkt immer noch unter der Kontrollgruppe.

### Freunde und Verwandte:

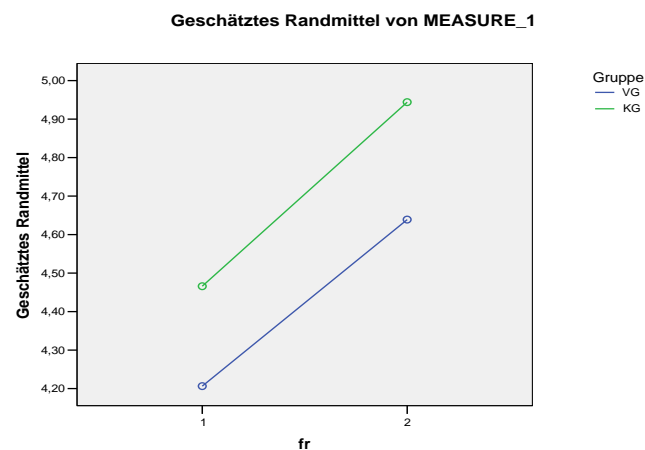


Abb.31: Zufriedenheit mit Freunden und Verwandten zu den Testzeitpunkten. Versuchsgruppe (blau) und Kontrollgruppe (grün).

Der Lebensbereich Freunde und Verwandte zeigt einen signifikanten Wert in Richtung einer Steigerung der Zufriedenheit zum zweiten Zeitpunkt ( $p= 0.024$ ). Zwischen den Gruppen sind keine signifikanten Unterschiede erkennbar ( $p= 0.906$ ). Graphisch kann man einen parallelen Verlauf erkennen, wobei die Zufriedenheit der Versuchsgruppe geringer ist, sich aber in gleichem Maße steigert.

### Wohnung:

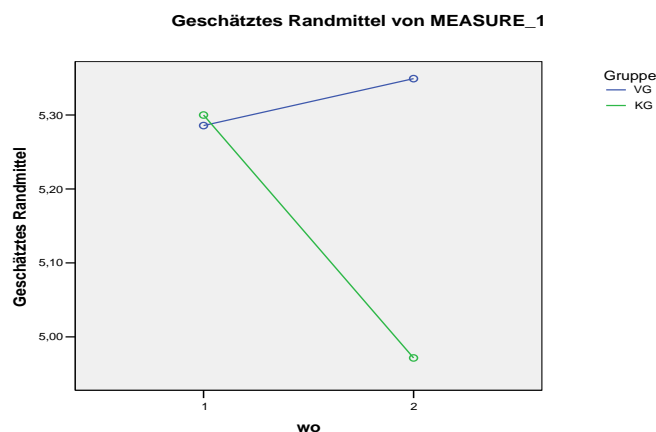


Abb. 32: Zufriedenheit mit der Wohnsituation zu den Testzeitpunkten. Versuchsgruppe (blau) und Kontrollgruppe (grün)

Die Zufriedenheit mit der Wohnsituation verändert sich nicht signifikant ( $p= 0.447$ ) auch der Unterschied zwischen den Gruppen zeigt einen nicht signifikanten Wert ( $p= 0.254$ ). Die graphische Darstellung ist jedoch interessant, hier kann man erkennen, dass zu Beginn der Untersuchung die Zufriedenheit mit der Wohnsituation bei beiden Gruppen nahezu gleich ist, um eine Spur ist die Kontrollgruppe zufriedener. Das ändert sich allerdings bis zum Ende der Untersuchung d.h. zum zweiten Testzeitpunkt. Die Zufriedenheit der Kontrollgruppe nimmt ab, bei der Versuchsgruppe hingegen nimmt die Zufriedenheit zu.

### FLZ Gesamt:

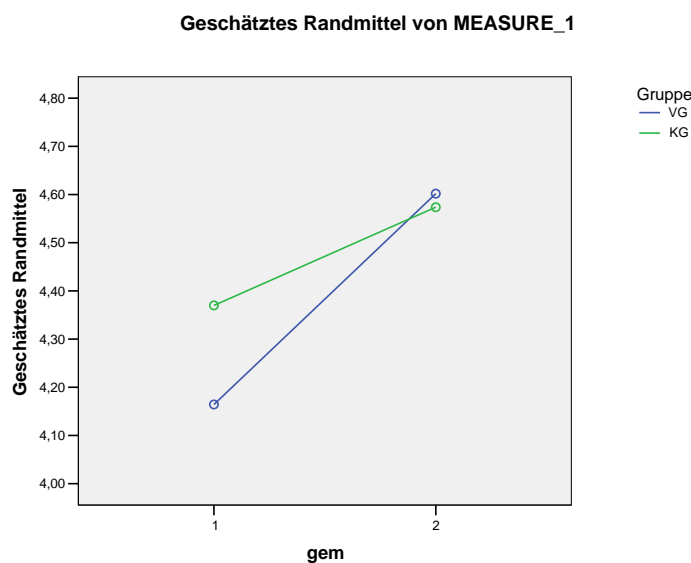


Abb 33: Zufriedenheit insgesamt zu den Testzeitpunkten. Versuchsgruppe (blau) und Kontrollgruppe (grün)

Schaut man sich die Werte des gesamten Fragebogens an, sieht man eine Zusammenfassung dessen, was schon in den einzelnen Skalen zum Ausdruck kam. Es gibt einen signifikanten Effekt über die Zeit ( $p=0.019$ ), dieser Effekt spiegelt sich in beiden Gruppen wieder. Man kann sagen, die Versuchs- und Kontrollgruppe sind beide zum zweiten Testzeitpunkt zufriedener. Das bedeutet, die Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander ( $p=0.371$ ). In der Graphik kann man gut die Tendenz und die Richtung des Effekts ablesen. Die Versuchsgruppe war in beinahe allen Bereichen unzufriedener als die Kontrollgruppe, dies hat sich aber bis zum zweiten Zeitpunkt geändert, sodass sie in ihrer Zufriedenheit die Kontrollgruppe knapp überholt. Diese kann auch eine Zunahme an Zufriedenheit vorzeigen, jedoch in einem flacheren Anstieg, da die Grundzufriedenheit höher war. Bei der Versuchsgruppe ist in allen Bereichen eine Erhöhung der Zufriedenheit zu sehen, wenn auch nicht signifikant.



#### 9.4 Zusammenfassung:

Um die Veränderungen der Lebenszufriedenheit zum zweiten Messzeitpunkt nach der Behandlung von Hara-Shiatsu zu messen und die Unterschiede zwischen den zwei Gruppen, herauszufinden, wurde die Varianzanalyse mit Messwiederholungen herangezogen. In 6 von 9 Lebensbereichen wurden signifikante Veränderungen festgestellt. Diese Veränderungen der Zufriedenheit traten in den Lebensbereichen „Gesundheit“, „Beruf“, „eigene Person“, „Sexualität“, „Freunde und Verwandte“ und für die „Gesamtskala des FLZ“ auf. Keine Veränderungen ergaben sich bei der finanziellen Lage, der Freizeit, Ehe und Partnerschaft, und Wohnung. Ein Unterschied zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe konnte in keinem der 9 Lebensbereiche aufgezeigt werden. Bei der graphischen Darstellung konnte die Richtung der Veränderung sichtbar gemacht werden. Die Versuchsgruppe war in beinahe allen Bereichen, außer „Gesundheit“ und „finanzieller Lage“ zum ersten Messzeitpunkt unzufriedener als die Kontrollgruppe. Es war nach den Behandlungen in allen Bereichen ein Anstieg der Zufriedenheitswerte, also eine Verbesserung zu sehen, nur im Bereich „Freizeit“ blieb die Zufriedenheit nahezu gleich. In der Kontrollgruppe, die in den meisten Bereichen zum ersten Zeitpunkt zufriedener war als die Versuchsgruppe, sank die Zufriedenheit in den Bereichen „finanzielle Lage“, „Freizeit“ und „Wohnung“, beim Bereich „Ehe und Partnerschaft“ ist keine Veränderung sichtbar. In allen anderen Bereichen ist auch eine Steigerung des Ausmaßes an Zufriedenheit gegeben.

## 10. Qualitative Auswertung

Die Qualitative Auswertung wurde anhand der **Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring** durchgeführt (Mayring 2003). Hierbei ist das Ziel die „Analyse von Material, aus irgendeiner Art von Kommunikation“. Dabei sollte „systematisch, regelgeleitet und theoriegeleitet vorgegangen werden, um Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen“ (Mayring 2003, S.11).

Bei einer **Qualitativen Auswertung** stellt sich oft die Frage nach der Güte, da die klassischen Gütekriterien sich auf dieses Instrument nicht genau übertragen lassen. Deshalb werden für die qualitative Forschung eigene Gütekriterien diskutiert.

„So wird bei der inhaltsanalytischen Reliabilitätsbestimmung üblicherweise so vorgegangen, dass die gesamte Analyse von mehreren Personen durchgeführt wird und deren Ergebnisse verglichen werden (Intercoderreliabilität)“ ( Mayring 2003, S.110).

## **10.1 Festlegen des Materials:**

Beim zweiten Fragebogen wurden den KlientInnen der Versuchsgruppe einige Fragen zu den erhaltenen Shiatsu-Behandlungen gestellt. Es wurde erfragt, was die KlientInnen über Shiatsu denken und welche Erfahrungen sie machen konnten. Die Antworten wurden schriftlich unterhalb der gestellten Frage von den Teilnehmerinnen notiert. Falls zu wenig Platz vorhanden war, wurden die KlientInnen gebeten, auf der Rückseite weiter zu schreiben und das Geschriebene mit der Nummer der Frage zu kennzeichnen. Diese Möglichkeit wurde jedoch nicht wahrgenommen, alle kamen mit den vorgegebenen Zeilen aus.

### **10.1.1 Fragen:**

Die Fragen lauteten

1. Wie haben Sie die Shiatsubehandlungen empfunden?
2. Welche Erfahrungen konnten Sie machen, die Sie auf die Shiatsu-therapie zurückführen?
3. Hat sich durch die Shiatsubehandlungen bei Ihnen etwas verändert? Wenn ja, was?
4. Was denken Sie über Shiatsu? Würden Sie es anderen Menschen weiterempfehlen?
5. Welche anderen Faktoren haben in den letzten Wochen zur Veränderung Ihres Allgemeinzustandes beigetragen (Verlieben, Psychotherapie, Krisen, etc.)?

Der 2. Fragebogen mit den qualitativen Fragen wurde nach der letzten Shiatsubehandlung ausgeteilt und direkt, wie beim ersten Mal, in den Räumlichkeiten von „Sowhat“ ausgefüllt.

Die Antworten jeder Person wurden dann für jede Frage gesondert transkribiert, so war ein Pool an Antworten für jede Frage vorhanden.

## **10.2 Fragestellung der Analyse**

Durch die vorgegebenen Fragen ergeben sich zwingend fünf Fragestellungen, die gesondert durch die Analyse der jeweiligen Aussagen beantwortet bzw. interpretiert wurden. Im Vordergrund des Interesses stand hier die subjektive Bewertung von Shiatsu, als Feedback der Behandelten.

### **10.2.1 Ablaufmodell der Analyse**

Um die Präzision der Inhaltsanalyse zu erhöhen, werden zunächst Analyseeinheiten festgelegt. Im Zentrum steht dabei immer die Entwicklung eines Kategoriensystems. In die einzelnen Techniken können auch quantitative Analyseschritte eingebaut werden (Mayring 2003, S.53).

### **10.2.2 Bestimmung der Analysetechnik**

In dieser Arbeit kommt die Technik der Häufigkeitsanalyse zur Anwendung, da interessiert, welche Aussagen den Grundtonus der Klientinnen am besten widerspiegeln und somit von den meisten genannt wurden.

### **10.2.3 Definition der Analyseeinheiten**

Die transkribierten Aussagen wurden auf Papier ausgedruckt und nach inhaltlichen Unterschieden ausgeschnitten. So ergab sich pro Frage eine Vielzahl von Aussagen. Die Kodierung fiel in dem Fall leicht, da die Aussagen jeder Person in schriftlicher Form und stichwortartig vorlagen und nur nach inhaltlichen Unterschieden aufgespalten werden mussten. Zum Beispiel gab eine Person bei der ersten Frage an, dass sie „die Behandlungen als sehr angenehm empfunden hat, manchmal auch schmerzhaft“. Derart wurde diese Antwort in zwei Aussagen zerschnitten, nämlich „sehr angenehm“ und „manchmal schmerzhaft“. So konnten sich pro Person mehrere Aussagen für jede Frage ergeben, die jedoch inhaltlich klar voneinander abgegrenzt waren. So gab z.B. eine Person an, die Behandlung als „sehr angenehm und entspannend“ empfunden zu haben. Diese beiden Aussagen wurden nicht aufgeteilt, da sie inhaltlich beide zur Kategorie „Entspannung“ gezählt wurden.

## **10.3 Kategorienbildung**

Zur Kategorienbildung wurde ein Team von 3 unabhängigen BewerterInnen herangezogen, die unabhängig voneinander die verschiedenen Aussagen pro Frage zu inhaltlichen Kategorien zusammenfügten. Es wurde so vorgegangen, dass jede BewerterIn das gesamte Pool von Aussagen aller TeilnehmerInnen pro Frage erhielt und diese nach inhaltlichen Unterscheidungen ausschnitt, auf ein Plakat gruppierte und aufklebte. Später wurden die

Kategorien miteinander verglichen. Pro Kategorie wurde eine übergeordnete Bezeichnung gefunden, welche die Kategorie beschreiben sollte. Pro Kategorie wurde die Häufigkeit der Aussagen ausgezählt. Da inhaltlich differenziert wurde, kann angenommen werden, dass z.B. acht Nennungen in einer Kategorie von verschiedenen Personen getätigt wurden. Einzelne Aussagen, die sich keiner Kategorie zuordnen ließen, wurden ausgeschieden.

Ein Beispiel. Bei der zweiten Frage (Welche Erfahrungen konnten sie machen, die sie auf Shiatsu zurückführen) gab eine Person an: „Meine Schlafprobleme wurden besser, in gewissen Situationen waren Tips (sic!) von der Masseurin sehr hilfreich“. Hier wurden nur „Meine Schlafprobleme wurden besser“ der Kategorie „Schlaf“ zugeordnet. Die Aussage über die „hilfreichen Tipps der Masseurin“ ließ sich nirgends zuordnen und konnten somit in der Kategorienbildung nicht verwertet werden.

### **10.3.1 Interpretation der gebildeten Kategorien**

Es wurden pro Frage die gefundenen Kategorien nach der Anzahl inhaltlich zusammenpassender Aussagen aufgezählt und die Häufigkeit der Aussagen genannt.

#### **Frage 1: Wie haben Sie die Shiatsubehandlungen empfunden?**

Im Vordergrund stand die Kategorie „Entspannung“. Mit 17 Nennungen bei 18 Personen, die Shiatsu erhielten, wurde Shiatsu durchwegs als angenehm und entspannend empfunden.

Von den 18 Versuchspersonen empfanden es 2 auch „teilweise schmerzhaft“, was die zweite inhaltlich abgegrenzte Kategorie bildete.

Die dritte Kategorie, die sich bei dieser Frage ergab, beschäftigte sich mit dem „Körpergefühl“. Hier waren vier Aussagen zu verzeichnen, wie etwa „ich habe Vertrauen in Berührungen bekommen“, „habe gelernt den eigenen Körper zu spüren“ oder „es war jedes Mal eine Reise, entweder in den eigenen Körper oder in einen Tagtraum“.

#### **Frage 2: Welche Erfahrungen konnten Sie machen, die sie auf Shiatsu zurückführen.**

Hier konnten 4 Kategorien gefunden werden.

Die 1. Kategorie befasst sich mit dem „Körperbewusstsein“. Hier wurden 11 Nennungen gezählt, die sich alle mit dem Körper befassen und mit der Wahrnehmung bestimmter

Körperteile oder Funktionen. Die Aussagen reichten von „ich habe teilweise Körperstellen gespürt, von denen ich nicht einmal wusste, dass sie existieren“, „ich bin wieder kitzelig“, bis zu „habe eine größere Bewusstheit für den Körper und das gesunde (Er)leben“, „zu spüren, wie die Energie fließt, bzw. stagniert“, oder „Verdauung funktioniert besser“.

Die zweite Kategorie wurde „Ich-Bewusstsein“ genannt und beschäftigt sich mit Selbstreflexion und enthält vier Aussagen wie etwa „positives Betrachten meiner Selbst nicht nur körperlich“, „ist eine gute Möglichkeit Vergangenes zu bewältigen“.

Die dritte Kategorie erhielt die Bezeichnung „innere Ruhe“ und enthielt 7 Aussagen. Hier ein paar Beispiele „es fällt mir leichter loszulassen“, „bin ruhiger, gelassener“, „fühle mich anschließend gelöster und manchmal sogar angenehm müde“.

Die vierte Kategorie beschäftigt sich mit dem „Schlaf“. Hier nannten 3 eine deutliche Verbesserung bis hin zum Verschwinden ihrer Schlafstörungen.

**Frage 3: Hat sich durch Shiatsu bei Ihnen etwas verändert, wenn ja was?**

Hier kamen 5 Kategorien zustande.

Die erste Kategorie mit dem Überbegriff „Selbst- und Lebenseinstellung“ enthält 10 Aussagen, wie „nehme mir viel mehr Zeit für mich, bin liebevoller und weniger streng zu mir“, „tolanter“, oder „besseres Selbstwertgefühl“.

Die zweite Kategorie nennt wieder die „Körperwahrnehmung“. 6 Teilnehmerinnen machten Aussagen wie „besseres Körpergefühl“, oder „Die Aufmerksamkeit auf meinen Magen, die mir in der Behandlung gegeben wurde, hat meine Beziehung mit meinem Bauch verbessert“.

Die dritte Kategorie der dritten Frage beschäftigt sich mit der „Entspannung“. 4 Aussagen wurden hierzu gemacht wie zum Beispiel: „Shiatsu ist für mich eine tolle Möglichkeit, mich zu entspannen“, „spüre weniger Anspannung“.

Bei der vierten Kategorie nannten zwei Personen eine Besserung ihrer Essstörung.

In der fünften Kategorie meinten vier, es habe sich „nichts“ verändert, außer vielleicht...Dazu Beispiele ob sich etwas verändert hat: „nicht wirklich. Vielleicht eine etwas bewusstere Körperwahrnehmung“, „Kann keine längerfristigen Veränderungen bemerken“.

**Frage 4:** Was denken Sie über Shiatsu? Würden Sie es anderen Menschen weiterempfehlen?

Hier ist die Frage schlecht gewählt, da sie gleich zwei Fragen beinhaltet, die insgesamt wenig ergiebig sind. Die meisten Antworten waren kurz und bündig und so ergeben sich nur zwei unterschiedliche Kategorien.

1. Kategorie „ja“, die meisten, insgesamt 13, sagten einfach „ja, sie würden Shiatsu weiterempfehlen“.

In der 2. Kategorie wurde bei fünf Aussagen empfunden Shiatsu sei eine gute „Ergänzung“ zu anderen Therapieformen und „nur bedingt bei psychischen Problemen“ einsetzbar.

**Frage 5:** Welche anderen Faktoren haben in den letzten Wochen zur Veränderung ihres Allgemeinzustandes beigetragen?

Hier wurden vier positive und zwei negative gefärbte Aussagenblöcke gefunden, die den Allgemeinzustand beeinflussten, diese wurden zu fünf Kategorien zusammengefasst:

1. Kategorie „Therapien“. Bei 9 Nennungen war „Psychotherapie“ und „Antidepressiva“ im Vordergrund.

Bei der 2. Kategorie hatten „Freunde, Familie und Partner“ einen positiven Einfluss. 6 nannten Aussagen, die in diese Kategorie passten. „treffen von Freunden“, „Bewältigung von Beziehungskrise“

In der 3. Kategorie spielte der Einfluss des Wetters und der Jahreszeit eine Rolle. 3 nannten „Sonne“ und „Frühling“ als positive Auslöser eines besseren Allgemeinzustandes.

Bei der 4. Kategorie geht es um „Job, Studium“. Diese Kategorie enthält belastende und erlösende Elemente wie „berufliche Auszeit“ oder „Diplomarbeitsstress“. Diese Kategorie enthielt 4 Aussagen.

In der 5. Kategorie wurde von 2 Teilnehmerinnen „Krisen“ als mitbestimmenden Faktor angegeben.

#### **10.4 Zusammenfassung**

Jede Frage wurde in inhaltlich voneinander abgegrenzte Kategorien eingeteilt. Pro Kategorie wurde gezählt, wie viele Personen eine Aussage diesbezüglich gemacht haben.

Bei der **1. Frage** (Wie haben Sie die Shiatsubehandlungen empfunden?) wurden die Kategorien „Entspannung“ (17), „Körpergefühl“ (4) und „Schmerz“ (2) gefunden (in Klammer jeweils die Anzahl der Nennungen).

Bei der **2. Frage** (Welche Erfahrungen konnten Sie machen, die Sie auf die Shiatsuthérapie zurückführen?) wurden die Kategorien „Körperbewusstsein“ (11), „innere Ruhe“ (7) „Ich-Bewusstsein“ (4), und „Schlaf“ (3) gebildet. Es ist immer von einer Verbesserung gesprochen worden.

Die **3. Frage** (Hat sich durch die Shiatsubehandlungen bei Ihnen etwas verändert? Wenn ja, was?) beinhaltet die Kategorien „Selbst- und Lebenseinstellung“ (10), „Körperwahrnehmung“ (6), „Entspannung“ (4), „Nichts, außer...“ (4) und „Verbesserung der Essstörung“ (2).

Bei der **4. Frage** (Was denken Sie über Shiatsu? Würden Sie es anderen Menschen weiterempfehlen?) wurden die Kategorien „ja“ (13) und „Ergänzung“ (5) gefunden.

Die **5. Frage** (Welche anderen Faktoren haben in den letzten Wochen zur Veränderung Ihres Allgemeinzustandes beigetragen (Verlieben, Psychotherapie, Krisen etc.)?) brachte folgende Kategorien hervor: „Therapien“ (9), „Freunde, Familie, Partner“ (6) „Wetter und Jahreszeit“ (3) „berufliche Situation/Studium“ (4), „Krisen“ (2)

### **11. Zusammenfassung der Ergebnisse**

Welche Veränderungen ergaben sich in Bezug auf die Symptomatik der Bulimia nervosa, dem körperlichen und seelischen Allgemeinbefinden und der Lebenszufriedenheit bei Klientinnen mit Bulimie. Gab es Unterschiede zwischen der Versuchsgruppe, die zusätzlich zur Therapie von „Sowhat“ zehn Shiatsubehandlungen in einem Zeitraum von ca. 3 Monaten erhalten hatten, und der Kontrollgruppe ohne Shiatsu?

Signifikante Veränderungen in Richtung einer Verbesserung konnten bei der Entspannungsfähigkeit, der Beschaffenheit des Stuhls, des Temperaturhaushalts (Wärme-Kälteempfinden), der Häufigkeit depressiver Stimmung und Ängsten in beiden Gruppen festgestellt werden. Auch Probleme mit den Knien, häufige Erkältungskrankheiten und

Nervosität wurden in beiden Gruppen weniger belastend empfunden. Beide Gruppen waren zum zweiten Messzeitpunkt zufriedener mit ihrem momentanen Befinden, der Gesundheit, beruflichen Situation, der eigenen Person, Sexualität und mit ihrem Freundes- und Verwandtenkreis. Die einzige Verschlechterung ergab sich bei der Häufigkeit der Abführmitteleinnahme, sowohl in der Versuchs- als auch in der Kontrollgruppe.

Alleine beim „Stuhlgang“ (Konsistenz des Stuhls) konnte eine signifikante Verbesserung ausschließlich in der Versuchsgruppe festgestellt werden. Zwar keine signifikante, doch eine tendenzielle Verbesserung ist beim allgemeinen Befinden bei der Versuchsgruppe zu sehen, bei der Kontrollgruppe verschlechtert sich das Allgemeinbefinden tendenziell bis zum zweiten Testzeitpunkt.

Im Folgenden soll erörtert werden wie sich die Aussagen der Klientinnen im Qualitativen Teil der Arbeit mit den Ergebnissen der statistischen Auswertung in Verbindung bringen lassen. Die Shiatsubehandlungen wurden von den Klientinnen durchwegs als angenehm und entspannend erlebt und die meisten der Klientinnen würden auch mehrheitlich Shiatsu als zusätzliche Therapieform weiterempfehlen. Direkt auf Shiatsu führen die meisten (11 von 18 Befragten) ein besseres Körperbewusstsein zurück sowie eine innere Ruhe, die sich in Gelassenheit und besserem Loslassen äußerte. Diese zwei Aspekte lassen sich auch statistisch nachweisen. Die Bereiche „Entspannung“ sowie „Nervosität“ hatten sich zum 2. Messzeitpunkt in beiden Gruppen (VG und KG) positiv verändert. Auch die Stimmung hatte sich in beiden Gruppen signifikant verbessert, Ängste und Depressionen traten seltener auf. Drei Personen berichteten besser schlafen zu können, diese drei Aussagen fallen allerdings statistisch nicht ins Gewicht, außer bei der Auszählung der Häufigkeiten gaben sieben Personen der Versuchsgruppe an besser zu schlafen in der Kontrollgruppe waren es drei. Zehn Klientinnen berichten, dass sich ihre Selbst- und Lebenseinstellung durch Shiatsu verändert hatte, sie seien toleranter zu sich selbst wären liebevoller und nahmen sich mehr Zeit für sich. Diese Aussagen beschreiben die signifikante Veränderung im Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (Fahrenberg et al. 2000) bei dem Bereich, der sich mit der Zufriedenheit über die „eigene Person“ auseinandersetzt. Doch nicht nur die Einstellung zur eigenen Person hatte sich verändert, sondern auch in Bezug zur eigenen Gesundheit und zum Beruf. Die eigene körperliche Attraktivität und somit auch Sexualität wurde besser bewertet und die Beziehung zu den Freunden und Verwandten hatte sich verbessert. Diese positive Zuwendung sich selbst und dem Umfeld gegenüber konnte in beiden Gruppen beobachtet werden. Zwei Personen berichteten von einer Verbesserung ihrer Essstörungssymptomatik. Bei näherer Betrachtung der einzelnen Fälle im Fragebogen, gaben in der Versuchsgruppe sechs Personen



an, dass sie seltener erbrachen, in der Kontrollgruppe waren es zwei. Diese Ergebnisse sind jedoch statistisch nicht signifikant.

Bei der Frage nach den Faktoren, die in den letzten Wochen zum Allgemeinzustand beigetragen haben nannten die meisten „Therapien“ (9 Personen), wobei das Therapieprogramm von „Sowhat“ gemeint war. Weiters wurde angeführt, dass „Freunde, Familie, Partner“ (6 Personen) einen positiven Einfluss hatten, diese Aussagen decken sich mit der signifikanten Zufriedenheit in diesem Bereich im Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (Fahrenberg et al. 2000). Es wurde auch das „Wetter und die Jahreszeit“ (3) als ein Kriterium für eine bessere Stimmung genannt, sowie die „berufliche Situation/Studium“ (4), welche sowohl belastende als auch befreiende Aussagen enthielten. Das äußere Umfeld, Therapien und auch das Wetter waren Faktoren die auf beide Gruppen einwirkten und nicht zu vernachlässigen sind, was die Verbesserungen in beiden Gruppen betrifft.

## 12.Kritik:

Methodische Mängel ergaben sich im Fragebogen bei der Auswahl der Antwortmöglichkeiten speziell bei den Items, die sich mit dem körperlichen und seelischen Befinden beschäftigen. Es konnten fünf Antworten gewählt werden, wovon „neutral“ die Mitte bildete. Hatte die Klientin keine Beschwerden in einem Bereich, bzw. war ihr der Bereich egal würde im Fall von „Knieproblemen“ „gar nicht belastend“ „nicht belastend“ oder „neutral“ zu ihrem Zustand passen. Eine bessere Vorgangsweise wäre eine graphische Skala auf der die KlientIn sich zwischen „sehr gut“ und „sehr schlecht“ positioniert. Auch die Fragen, die sich mit den Symptomen der Bulimia nervosa beschäftigen, sind problematisch formuliert. Die KlientInnen sollten sich zurückerinnern wie häufig eine bestimmte Handlung gesetzt wurde z.B. Erbrechen selbst herbeigeführt oder Abführmitteln verwendet etc. Bei Alltagserfahrungen (bei den meisten gehört die Abfolge von „Fressattacken“ und Erbrechen bereits zum Alltag) denen nicht so viel Gewicht beigemessen wird gehen die Informationen in der Erinnerung schnell verloren, es wird schwieriger exakte Auskünfte zu geben (Kirchler et al. 2000, S.102). Besser wären eventuell Fragebogenaufzeichnungen um genauere Aussagen treffen zu können. Im Qualitativen Teil sind die Fragen sehr ähnlich formuliert. Bei Frage vier sind zwei Fragen in einer verpackt und daher verwirrend und nicht sehr ergiebig.

Ein erhebliches Problem dieser Studie war jedoch vor allem die sehr kleine Stichprobe von insgesamt nur 30 Personen, 18 in der Versuchsgruppe, 12 in der Kontrollgruppe. Durch die unterschiedliche Anzahl der Personen in den Gruppen ist auch die Vergleichbarkeit nicht

optimal gegeben, auch Unterschiede zu Beginn der Studie, die zwar wegen der kleinen Stichprobe nicht signifikant sind, aber dennoch von Bedeutung sein könnten (Siehe Abschnitt 5.1.8 Erfahrung mit Körpertherapien) stellen potenzielle Störvariablen dar. Der Behandlungszeitraum von 10 Behandlungen über ca. 3 Monate hinweg war sehr kurz, wenn man bedenkt, dass die meisten der KlientInnen, die an der Untersuchung teilgenommen haben, bereits über 15 Monate bei „Sowhat“ in Behandlung waren und deren Krankheit in vielen Fällen schon einen chronischen Verlauf genommen hat. Es könnte mit besseren Ergebnissen über einen längeren Zeitraum und in engerer Zusammenarbeit mit den Therapeutinnen zu rechnen sein. Ein weiterer Kritikpunkt ist dadurch gegeben, dass im Team gearbeitet wurde und 7 Shiatsu praktikerinnen behandelten. Es ist anzunehmen, dass sich dadurch sehr unterschiedliche Behandlungsqualitäten ergaben, zumal 6 Praktikerinnen noch in Ausbildung waren und keinen so großen Erfahrungsschatz mitbrachten. Eine bessere Zusammenarbeit zwischen den behandelnden PsychotherapeutInnen und den Shiatsu praktikerinnen hätte vielleicht auch zu einem besseren Behandlungserfolg geführt. Ein Team aus einem Psychotherapeuten und einer Shiatsu praktikerin, die gemeinsam die Klientinnen betreuen, und sozusagen die körperliche wie die psychische Ebene der KlientInnen ansprechen, wäre meiner Meinung nach eine zukunftsweisende Vorgangsweise. Ein Aspekt, der auch im qualitativen Teil genannt wird und nicht unterschätzbar ist, ist der Einfluss der warmen Jahreszeit, der sicher auch zur Steigerung der Lebenszufriedenheit geführt hat und zwar bei beiden Gruppen. Ein wesentlicher Punkt, der beim Ausfüllen eines Fragebogens zum Tragen kommt, ist die Tagesverfassung und besonders bei so stimmungsabhängigen Themen wie der Lebenszufriedenheit. Es kann mitunter sein, dass der Ärger über die verpasste Straßenbahn sich negativ in den Ergebnissen niederschlägt und durch die kleine Stichprobe nicht ausgeglichen werden kann.

### 13. Diskussion der Ergebnisse

Hier möchte ich näher auf die Beantwortung der Fragestellung eingehen. Die Frage war, ob Hara-Shiatsu positive Auswirkungen bezüglich des Störungsbildes der Bulimie, des körperlichen und seelischen Allgemeinzustandes und der Lebenszufriedenheit, hat.

Explizit auf Shiatsu bezogen, konnte lediglich im Bereich des **Stuhlgangs** eine statistisch signifikante Veränderung zwischen den beiden Gruppen sichtbar gemacht werden. In diesem Bereich war in der Versuchsgruppe eine signifikante Verbesserung zu erkennen. Hara-Shiatsu dürfte hier eine ausgleichende Wirkung auf die KlientInnen haben. Das regelmäßige

Einverleiben großer Nahrungsmengen kann bei KlientInnen mit Bulimie häufig Störungen des Verdauungssystems hervorrufen (die Symptome sind Völlegefühl, Blähungen, Verstopfung. In der Chinesischen Medizin weisen diese Symptome auf eine Schwäche des Milz-Meridians hin, der durch die Behandlungen positiv ausgeglichen werden konnte. Hara-Shiatsu kann hier zu einer Linderung dieser Begleitsymptome der Bulimia nervosa beitragen.

In einigen Bereichen des körperlich- und psychischen Befindens („Entspannung“, „Stuhlgang“, „Temperaturhaushalt“, „Depression“, „Ängste“, „Knieprobleme“, „Erkältungskrankheiten“ und „Nervosität“) und einiger Bereiche der Lebenszufriedenheit („Gesundheit“, „Beruf“, „eigene Person“, „Sexualität“, „Freunde und Verwandte und für die „Gesamtskala des FLZ“) wurden signifikante Verbesserungen für die **Versuchs- und die Kontrollgruppe** festgestellt.

Bei der Lebenszufriedenheit kann über eine positive Auswirkung von Hara-Shiatsu diskutiert werden. Hier liegen die Ergebnisse jedoch nicht so klar vor und können nicht nur auf Shiatsu zurückgeführt werden, da alle signifikanten Effekte in der Kontrollgruppe auch auftreten. Hier könnte man sagen, Hara-Shiatsu hat keinen zusätzlichen Effekt zur Therapie von Sowhat (bzw. zu eventuell auch ohne Therapie auftretenden Veränderungen). Die Graphiken zeigen jedoch schon Unterschiede in den Gruppen, wenn auch nicht signifikante.

Bei der Gruppe, die mit Shiatsu behandelt wurden, zeigte sich in jedem Bereich ein Anstieg der Zufriedenheit, wobei bei der Kontrollgruppe in 3 Bereichen eine Verschlechterung zu sehen ist. Die Versuchsgruppe war zu Beginn der Untersuchung deutlich unzufriedener in nahezu allen Bereichen. Im Gesamtscore konnte die Versuchsgruppe die Kontrollgruppe im Anstieg ihrer Zufriedenheit sogar ein bisschen überholen.

Ich würde also schon von einem positiven Effekt von Shiatsu sprechen. Trotzdem bleibt die Frage offen, warum kein deutlicheres Ergebnis vorliegt. Den größten Einfluss stellte vermutlich die Stichprobengröße von nur 30 Personen dar (18 in der Versuchsgruppe und 12 in der Kontrollgruppe), sowie der kurze Behandlungszeitraum von nur 3 Monaten.

Eventuell kommt beim Ausfüllen des zweiten Fragebogens die „soziale Erwünschtheit“ (Kirchler E. 2008) hinzu, dass sich in 3 Monaten subjektiv irgendetwas verändert haben muss, als Rechtfertigung für die Therapie. Eine Steigerung der Lebenszufriedenheit in beiden Gruppen ist vielleicht auch mit der Behandlung im Frühling und Sommer in Verbindung zu bringen. Auch das äußere Umfeld, die Freizeitgestaltung Freunde, Verwandte und unzählige Aktivitäten sind alles Faktoren, die zum Allgemeinbefinden und zur Zufriedenheit beitragen und nicht miterhoben werden können. Beispielsweise berichten in der Versuchsgruppe 16,7% der Klientinnen schon Erfahrungen mit Körpertherapien (Shiatsu, Qi Gong, Yoga, Reiki,

Craniosakraltherapie und ayurvedische Massage) gemacht zu haben, in der Kontrollgruppe 33,3%. Es kann angenommen werden, dass auch während der Studie privat Therapien in Anspruch genommen wurden, die einen Einfluss auf die Ergebnisse haben könnten.

Kein positiver Effekt konnte beim Störungsbild der Bulimie nachgewiesen werden. In beiden Gruppen ist die Häufigkeit des Abführmittelkonsums zur Gewichtsreduktion tendenziell gestiegen. Wieso sich bei beiden Gruppen keine Verbesserung ergeben hat, hat eventuell mit der Chronifizierung der Krankheit in vielen Fällen zu tun und dem kurzen Beobachtungszeitraum von nur 3 Monaten. Viele der behandelten KlientInnen waren bereits über 15 Monate in Therapie. Es war mitunter auch schwierig, die Häufigkeiten der einzelnen Symptome über die letzten zwei Monate zu erinnern und im Fragebogen anzugeben. Doch immerhin konnte bei den Häufigkeiten des Erbrechens bei der Versuchsgruppe eine tendenzielle Verbesserung beobachtet werden. Es könnte also bei einer längeren Begleitung mit Shiatsu durchaus zu einer deutlicheren Verbesserung kommen. Ein gutes Zeugnis wurde Shiatsu in der qualitativen Befragung ausgestellt. Die Meisten (17 Personen von 18 Behandelten) empfanden die Behandlungen als sehr angenehm und entspannend. Die Entspannung stand überhaupt sehr im Vordergrund, mit positiven Begleiterscheinungen wie mehr Gelassenheit, innerer Ruhe und einem besseren Schlaf (dieser konnte quantitativ allerdings nicht nachgewiesen werden). Der zweite Hauptschwerpunkt war das gesteigerte Körperbewusstsein und die Körperwahrnehmung sowie das Selbstbewusstsein, das laut Aussagen durch die Shiatsubehandlungen gesteigert wurde. 13 von 18 behandelten KlientInnen, würden diese Form der Körperarbeit anderen weiterempfehlen. Bei der Frage nach anderen Faktoren, die in den letzten Wochen zum Allgemeinzustand beigetragen haben, nannten die meisten die psychotherapeutische Behandlung und Antidepressiva, was sicher das Ergebnis der Lebenszufriedenheit beeinflusste und den nicht signifikanten Gruppeneffekt ein wenig erklären könnte. Weiters wurde der Einfluss von Freunden, Familie und Partner genannt, der sich in der hohen Zufriedenheit bei diesem Bereich im Fragebogen zur Lebenszufriedenheit widerspiegelt. Auch das Wetter und die Jahreszeit (Untersuchungszeitraum war April bis Juni) wurden als Kriterium genannt, das sich positiv auf die Stimmung ausgewirkt hatte und könnte auch als mögliche Ursache der Veränderungen in beiden Gruppen diskutiert werden. Die Studie stellt auch dem Institut Sowhat ein gutes Zeugnis aus. Die vielen Verbesserungen in beiden Gruppen bestätigen die positive Wirkung der Psychotherapie und der ärztlichen Betreuung auf die dort behandelten KlientInnen mit Bulimia nervosa.

## 14. Zusammenfassung

Diese Arbeit beschäftigt sich mit den möglichen Effekten, die Hara-Shiatsu, als spezielle Form der Körpertherapie auf die Lebenszufriedenheit und das körperliche und seelische Allgemeinbefinden von KlientInnen mit Bulimia nervosa ausübt.

In diversen Studien konnte gezeigt werden, dass KlientInnen mit Essstörungen wesentliche Einschränkungen in ihrer Lebenszufriedenheit vorweisen. So konnte in der Studie von Padierna et al. (2000) ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Schwere der Essstörung und der Lebensqualität festgestellt werden. Je stärker eine Person betroffen war, desto geringer war auch die gemessene Lebenszufriedenheit. Dies weist darauf hin, dass gerade bei Personen, die an einer Essstörung leiden, der Aspekt der Lebenszufriedenheit und ihrer Verbesserung im Rahmen der Therapie und Nachsorge besondere Aufmerksamkeit verdient. In dieser Arbeit wird von der Vermutung ausgegangen, dass eine positive Hinwendung und Berührung des Körpers durch Hara-Shiatsu eine Besserung der Bulimia nervosa und somit auch der Lebenszufriedenheit herbeigeführt werden kann. Nach Anschauung der Chinesischen Medizin steht das Erdelement mit den Meridianen Magen und Milz mit Zufriedenheit in Verbindung. Bei diesen zwei Meridianen liegt beim Störungsbild der Bulimie eine Disharmonie vor (siehe Abschnitt 2.7 der vorliegenden Arbeit), die durch die Shiatsubehandlungen positiv ausgeglichen werden sollte.

Die Studie wurde als experimentelle Untersuchung geplant. Das Design entspricht einem Zwei-Gruppen-Pretest-Posttest-Plan mit zwei Messzeitpunkten. Der Untersuchungszeitraum war von März 2006 bis Juni 2006 angesetzt und wurde bei „Sowhat“, Institut für Menschen mit Essstörungen durchgeführt. An der Studie nahmen Klientinnen mit der Diagnose Bulimia nervosa teil, die sich freiwillig zur Untersuchung meldeten. Die Gruppenzuteilung zu Versuchsgruppe oder Kontrollgruppe erfolgte zufällig. Die Versuchsgruppe erhielt wöchentlich, zusätzlich zur psychotherapeutischen und ärztlichen Therapie bei „Sowhat“, insgesamt 10 Hara-Shiatsubehandlungen zu je 50 Minuten. Die Kontrollgruppe erhielt ausschließlich das Therapieprogramm von Sowhat ohne Hara-Shiatsu. Allen KlientInnen wurde zu Beginn und am Ende der Studie ein Fragebogen vorgelegt, dessen Auswertung zur Beantwortung der Fragestellungen diente.

Es konnten signifikante Veränderungen in Richtung einer Verbesserung bei der Entspannungsfähigkeit, der Beschaffenheit des Stuhls, des Temperaturhaushalts (Wärme-Kälteempfinden), der Häufigkeit depressiver Stimmung und Ängsten in beiden Gruppen festgestellt werden. Auch Probleme mit den Knien, häufige Erkältungskrankheiten und

Nervosität wurden in beiden Gruppen weniger belastend empfunden. Beide Gruppen waren zum zweiten Messzeitpunkt zufriedener mit ihrem momentanen Befinden (hier konnte eine tendenzielle Verbesserung bei der Versuchsgruppe festgestellt werden), der Gesundheit, beruflichen Situation, der eigenen Person, Sexualität und mit ihrem Freundes- und Verwandtenkreis.

Alleine beim „Stuhlgang“ (Konsistenz des Stuhls) konnte eine signifikante Verbesserung ausschließlich in der Versuchsgruppe festgestellt werden. Nach Ansicht der Chinesischen Medizin gibt die Konsistenz des Stuhls Auskunft über die Qualität des Milzmeridians, der bei der Bereitstellung von Energie aus der Nahrung und für die Verdauung eine entscheidende Rolle spielt (Temelie B. & Trebuth B. 1994, S.66f). Dieses Ergebnis kann somit auf Hara-Shiatsu zurückgeführt werden, da die Behandlung des Milzmeridians einen Schwerpunkt in der Arbeit mit den KlientInnen darstellte.

Nicht alleine aufgrund der harmonisierenden Wirkung von Hara-Shiatsu auf die Ausscheidungsfunktion, auch das positive Feedback der Klientinnen im Qualitativen Teil der Arbeit, in dem die wohltuende und entspannende Wirkung von Shiatsu hervorgehoben wurde, wären Körpertherapien wie Shiatsu für Klientinnen mit Bulimia nervosa empfehlenswert und eine gute Möglichkeit, Menschen mit Essstörungen zu unterstützen.

## Literaturverzeichnis

- Argyle M. (1987). *Psychology of Happiness*. London: Routledge
- Bauer J. (2008). *Das Gedächtnis des Körpers- Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern* (13. Auflage). München: Piper Verlag
- Bauernfeind B. (2004). *Lebensqualität von stationär behandelten Patienten mit somatoformer, Ess-und Borderline Persönlichkeit*
- Baumann Z. (2009). *Wir Lebenskünstler*. Frankfurt/M: Suhrkamp
- Birbaumer N., Schmidt R. (1999). *Biologische Psychologie*. (4. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer
- Bô Yin Râ (1966). *Das Buch vom Glück*. (3. Auflage). Zürich: Kober'sche Verlagsbuchhandlung
- Boyesen G. (2004). *Über den Körper die Seele heilen*. (10. Auflage). München: Kösel-Verlag
- Brähler E. & Strauß B. (2002). *Handlungsfelder in der Psychosozialen Medizin*. Göttingen: Hogrefe
- Bühl A. & Zöfel P. (2005). *SPSS 12 Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows*. (9. Auflage), München/Germany: Pearson Education Deutschland GmbH.
- Chen C. (2005). *Vom Glück der Liebe und der Lebensfreude*, München: Piper Verlag
- Dachverband für Shiatsu. [http://www.shiatsuverband.at/cms-/front\\_content.php?idcat=156&lang=1&client=](http://www.shiatsuverband.at/cms-/front_content.php?idcat=156&lang=1&client=)  
9.4.2010 [16:02]
- Dillinger H, Mombour W., Schmidt M.H. (Hrsg.). (2000) *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien/Weltgesundheitsorganisation* (4. Auflage). Göttingen: Huber
- Ehrenreich B. (2010). *Smile or Die: Wie die Ideologie des positiven Denkens die Welt verdummt*, München: Kunstmann
- Fahrenberg J., Myrtek M., Schumacher J., Brähler E. (2000). *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)*. Göttingen: Hogrefe
- Forschner M. (1996). *Über das Glück des Menschen: Aristoteles, Epikur, Stoa, Thomas von Aquin, Kant*, Darmstadt: Primus Verlag
- Frederickson B.L. (2009). *Positivity*. New York: Crown Publishers
- Gröne M. (2000). *Bulimie*. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag

- Guangren S., Zhaochun L., Hongbo L., Suqin Y., Guiqin C. (1988). *Health Preservation and Rehabilitation*. Publishing House of Shanghai University of Traditional Chinese Medicine
- Gupta, Madhulika A. & Schork Nicholas J. (1995). *Touch Deprivation Has an Adverse Effect on Body Image: Some Preliminary Observations*. International Journal of Eating Disorders, 17, 2, S.185-189.
- Hara-Shiatsu. <http://www.hara-shiatsu.at/harashiatsu.html>. 9.4.2010 [15:30]
- Headey B., et al. (2010). *Authentic happiness theory supported by impact of religion and life satisfaction. A longitudinal analysis with data for Germany*. The Journal of Positive Psychology. Bd. 5, 1/2010, S.73-82
- Hepp U., Milos G. (2010). *Essstörungen. Eine Einführung*. Schweiz Med Forum; 10(48): S.834–840, abgefragt 26.9. 2011, von <http://www.medicalforum.ch>.
- Hölzel B.K., et al. (2010). *Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala*, Social Cognitive and Affective Neuroscience, 5, S.11-17
- Hörndler M., Zitt C., (2004). *Körperkult-Körpersein*. abgefragt 21.9.2011, von <http://www.sowhat.at/fachartikel.asp>
- Hörndler M., Haselberger G. (2007). *Essstörungen – ihre statistischen Abbilder und ihre Verkörperungen*. Abgefragt 21.9.2011, von <http://www.sowhat.at/fachartikel.asp>
- Kabat-Zinn J. (2011). *Gesund durch Meditation*, München: Barth
- Kaptchuk T.J. (1999). *Das große Buch der chinesischen Medizin* (13.Auflage). Wien: O.W. Barth
- Kirchler E.M. (1999). *Wirtschaftspsychologie* (2. Auflage), Göttingen: Hogrefe
- Kirchler E.M. (2008). *Wirtschaftspsychologie* (2. korr.Auflage), Wien: Facultas
- Kramer-Förster A., Post E. (2009). *Essstörungen präventiv und ganzheitlich behandeln*. praxis ergotherapie Jg. 22 (2)
- Kratky K.W. (2003). *Komplementäre Medizinsysteme Vergleich und Integration*, Wien: Ibero- Verlag
- Kunz G. (2010). *Religiosität gibt Lebenssinn*. Psychologie Heute, 8, S.16
- Langsdorff M. (2005). *Die heimliche Sucht, unheimlich zu essen. Bulimie-Verstehen und heilen*. (3. Auflage), Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Liedloff J. (2002). *Auf der Suche nach dem verlorenen Glück*. München: Beck Verlag
- Long A.F. (2007). *Executive Summary. Final Report. The Effects and Experience of Shiatsu: A Cross-European Study*. Leeds: University of Leeds, School of Healthcare



- Lyubomirsky S. (2009). *Positive interventions: theory, research and practice*, Workshop of the First World Congress on Positive Psychology in Philadelphia
- Maciocia G.(1994). *Die Grundlagen der Chinesischen Medizin*. Kötzing/ Bayer.Wald: Verlag für Ganzheitliche Medizin Dr. Erich Wühr GmbH
- Mandl M. (2010). *Ich Yin, du Yang Der Dolmetscher für das Beziehungs-Chinesisch*. (3. Auflage), Schiedlberg: Bacopa Verlag
- Maoshing N. (2005). *Der Gelbe Kaiser*. (6. Auflage), Frankfurt am Main: Fischer Verlag
- Masunaga S., Ohashi W. (1996). *Das Große Buch der Heilung durch Shiatsu*. (9. Auflage), Bern-München-Wien: Scherz Verlag
- Mayring Ph. (1991). *Psychologie des Glücks*. Stuttgart Berlin Köln:Kohlhammer.
- Mayring Ph. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken*. (8. Auflage), Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Padierna A., Quintana J.M., Arosteguii ., Gonzalez N. & Horcajo M.J. (2000). *The health-related quality of life in eating disorders*. Quality of Life Research 9: S.667-674.
- Platsch K.D. (2000). *Psychosomatik in der Chinesischen Medizin*, München: Urban & Fischer
- Kramer-Förster, A., Post E. (2009). *Essstörungen präventiv und ganzheitlich behandeln*. praxis ergotherapie 4/09. Dortmund: Verlag modernes lernen
- Post E. (2007). Skript der profilax®-Trainer-Weiterbildung
- Rappenecker W. (1996). *Fünf Elemente und Zwölf Meridiane*. (2. Auflage). Waldeck: Felicitas Hübner Verlag
- Ridolfi R., Franzen S. (1998). *Das große Shiatsu Handbuch für Frauen*. München: Dt.Taschenbuch Verlag
- Sabernig K. (2006). *Tiger bändigt Drache*. Schiedlberg/Austria: Bacopa
- Saß H.,Wittchen H.U., Zauding M.(2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. (DSM-IV-TR)*.Göttingen: Hogrefe
- Schmid-Sipka S.,Draxl K. (2009). Jahresbericht 2009, abgefragt 21.9.2011 von <http://www.sowhat.at/downloads/jahresbericht2009.pdf>
- Seligman M. (2010). *Der Glücks-Faktor*. München: Ehrenwirth
- Simon C.P. (2011). *Ein Hauch, ein Husch, ein Augenblick*, GEO Wissen, 47, S.24-27
- Sengbusch J. (2011) *Wenn man hinabsteigt in eigene Ich*, GEO Wissen, 47, S.76-77
- Sowhat-Institut für Menschen mit Essstörungen. <http://www.sowhat.at/> 12.7.2007[11:04]

Temelie B. & Trebuth B. (2007). *Die Fünf Elemente Ernährung für Mutter und Kind*. (16. Auflage). Sulzberg: Joy Verlag

Weiss B. (2011). *Auf der Suche nach den Quellen des Glücks*. GEO Wissen, 47, S.62-75

Wilhelm K. (2010). *Die Heilkraft des Nichts*. Bild der Wissenschaft, 3, S.18-22.

„Ich habe mich bemüht, sämtliche Inhaber der Bildrechte ausfindig zu machen und ihre Zustimmung zur Verwendung der Bilder in dieser Arbeit eingeholt. Sollte dennoch eine Urheberrechtsverletzung bekannt werden, ersuche ich um Meldung bei mir.“

## Anhang:

Fragebogen Teil 1

Fragebogen Teil 2

Curriculum Vitae

Code \_\_\_\_\_

## Fragebogen zur Untersuchung über die Auswirkung von Shiatsu Teil 1

Wir wollen im Zuge unserer Diplomarbeit in Psychologie untersuchen, wie sich Hara-Shiatsu auf das Körperkonzept, die Lebenszufriedenheit und die allgemeine körperliche und geistige Befindlichkeit von Menschen mit Bulimie auswirkt. Sie sind eingeladen, sich insgesamt zehn Mal hintereinander von einer Shiatsupraktikerin aus unserem Team behandeln zu lassen.

Damit wir Veränderungen messen können, bitten wir Sie, vor der ersten und nach der letzten Behandlung einen Fragebogen auszufüllen, der jeweils etwa 45 Minuten dauert. Bitte nehmen Sie sich in Ruhe Zeit für die Beantwortung der Fragen.

Ihre Daten und Angaben bleiben natürlich anonym. **Bitte tragen Sie jetzt rechts oben das Codewort ein**, und zwar **zuerst den Vornamen Ihrer Mutter und dann das Geburtsjahr Ihres Vaters** (Beispiel: Maria1942). Das ist wichtig, damit wir Ihren ersten und Ihren zweiten Fragebogen in der Auswertung zusammenführen können.

Nach Ausfüllen des Fragebogens werfen Sie ihn bitte in die von uns bereitgestellte Sammelbox im Wartebereich im 2.Stock.

1. **Alter** \_\_\_\_\_ Jahre      2. **Geschlecht**  männlich  weiblich
3. **Familienstand**  Single     mit Partner     Witwe/r     getrennt/geschieden
- Kinder, Anzahl: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

4. **Wohnsituation**  alleine     bei den Eltern     in einer Wohngemeinschaft
- mit Partner/Kindern

5. **Beruf**  angestellt     Arbeiter     arbeitslos     nicht berufstätig
- in Pension     selbständig     Student     Schüler/Lehrling

6. **Wie lange** schon sind Sie wegen Ihrer Essstörung **in Behandlung**?
- 0-1 Monate     1-5 Monate     5-10 Monate     10-15 Monate     > als 15 Monate

7. **Welche Behandlungen** erhalten Sie derzeit?
- Einzelpsychotherapie     Gruppenpsychotherapie
- Ich nehme noch andere Behandlungen in Anspruch, welche: \_\_\_\_\_

8. Haben Sie schon Erfahrung mit Körpertherapien wie Shiatsu, wenn ja welche?
- Nein       Ja: \_\_\_\_\_

○ Ein paar Fragen zu Ihrer Essstörung

Beachten Sie bitte bei der Beantwortung der folgenden Frage, dass sich ein Fressanfall nur auf das Essen von Nahrungsmengen bezieht, die andere Personen Ihrer Altersgruppe und Ihres Geschlechtes als ungewöhnlich groß ansehen. Nicht gemeint sind jene Fälle, in denen Sie eine normale Nahrungsmenge zu sich genommen haben, es aber lieber nicht getan hätten.

9. **Wie viele Fressanfälle** hatten sie durchschnittlich während der **letzten zwei Monate**?
- Keine     gelegentlich(situationsabhängig)     0-3 Tage/Woche     4-6 Tage/Woche     täglich

10. **Wie oft** haben sie durchschnittlich während der **letzten zwei Monate Erbrechen selbst herbeigeführt**?

Nie gelegentlich(situationsabhängig) 0-3 Tage/Woche 4-6 Tage/Woche täglich

11. **Wie oft** haben Sie während der **letzten zwei Monate** durchschnittlich **Abführmittel zur Gewichtskontrolle** genommen?

Keine gelegentlich(situationsabhängig) 0-3 Tage/Woche 4-6 Tage/Woche täglich

12. **Wie oft** haben sie während der **letzten zwei Monate** durchschnittlich **Appetitzügler** genommen?

Keine gelegentlich(situationsabhängig) 0-3 Tage/Woche 4-6 Tage/Woche täglich

13. Haben Sie sich in den **letzten zwei Monaten absichtlich** mit einem scharfen oder spitzen Gegenstand **verletzt** oder sich auf eine andere Weise körperlichen Schaden zugefügt?

Nein gelegentlich(situationsabhängig) 0-3 Tage/Woche 4-6 Tage/Woche täglich

14. Haben Sie in den **letzten zwei Monaten Alkohol getrunken**?

Nein gelegentlich(situationsabhängig) 0-3 Tage/Woche 4-6 Tage/Woche täglich

15. Haben Sie in den **letzten zwei Monaten andere Drogen** zu sich genommen?

Nein gelegentlich(situationsabhängig) 0-3 Tage/Woche 4-6 Tage/Woche täglich

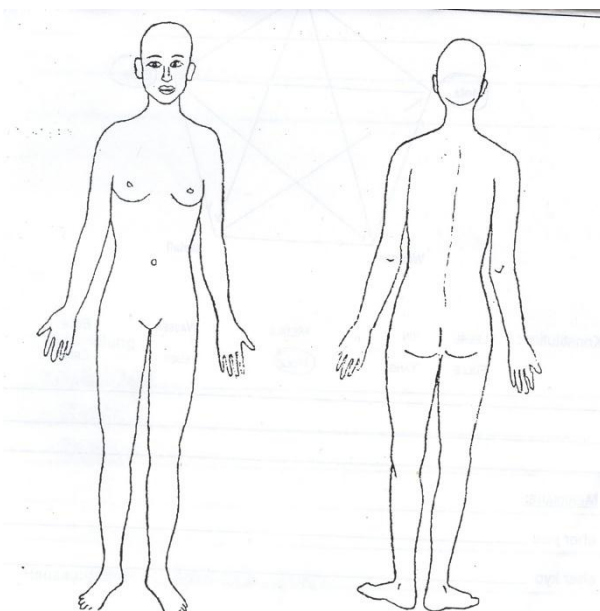
16. Wieviele **normale Mahlzeiten** nehmen sie **täglich** im Schnitt zu sich, denken Sie dabei an die letzten 3 Tage:

\_\_\_\_\_ Hauptmahlzeiten pro Tag \_\_\_\_\_ Zwischenmahlzeiten pro Tag

Meine **Hauptmahlzeiten** nehme ich normalerweise ein: morgens mittags abends nachts

Jetzt interessiert uns noch Ihr körperlicher und seelischer Allgemeinzustand:

17. **Bitte nennen Sie Ihre 3 körperlichen/seelischen Hauptbeschwerden**, und wie belastend Sie diese empfinden. Sie können diese auch im Körper einzeichnen:



1. \_\_\_\_\_

gar nicht belastend nicht belastend neutral  
belastend sehr belastend

2. \_\_\_\_\_

gar nicht belastend nicht belastend neutral  
belastend sehr belastend

3. \_\_\_\_\_

gar nicht belastend nicht belastend neutral  
belastend sehr belastend

18. **Wie oft** haben Sie **in der letzten Woche Sport betrieben**(einschließlich Tanzen, Spaziergänge, Radfahren)?

Wenn Sie mehr als einmal pro Tag Sport betreiben, zählen Sie bitte jedes einzelne Mal: \_\_\_\_\_

Mal/Woche Wie lange dauert eine solche körperliche Betätigung im Durchschnitt? \_\_\_\_\_ Minuten

19. Mein **Schlaf** ist:

sehr gut     gut     neutral     schlecht     sehr schlecht

20. Wenn sich bezüglich Ihres Schlafes in den letzten zwei Monaten etwas verändert hat, was hat sich verändert?

---

21. **Entspannen** kann ich mich:

sehr gut     gut     neutral     schlecht     sehr schlecht

22. Wenn sich bezüglich Ihrer Entspannung etwas verändert hat, was hat sich verändert?

---

23. Meine **Verdauung** funktioniert:

sehr gut     gut     neutral     schlecht     sehr schlecht

24. Wenn sich bezüglich Ihrer Verdauung etwas verändert hat, was hat sich verändert?

---

25. Mein **Stuhlgang** ist:

sehr gut     gut     neutral     schlecht     sehr schlecht

26. Wenn sich bezüglich Ihres Stuhlgangs etwas verändert hat, was hat sich verändert?

---

27. Mein **Temperaturhaushalt** funktioniert:

sehr gut     gut     neutral     schlecht     sehr schlecht

28. Wenn sich bezüglich Ihres Temperaturhaushalts etwas verändert hat, was hat sich verändert?

---

29. Meine **Menstruation** ist

sehr gut     gut     neutral     schlecht     sehr schlecht

30. Wenn sich bezüglich Ihrer Menstruation etwas verändert hat, was hat sich verändert?

---

31. Fühlten sie sich in den **letzten zwei Monaten traurig und ihre Stimmung war depressiv**?

nie     selten     öfters     häufig     sehr häufig

32. Hatten Sie in den **letzten zwei Monaten Ängste, die über das normale Maß hinausgehen**?

nie     selten     öfters     häufig     sehr häufig

33. Wenn eine oder mehrere der folgenden Beschwerden auf sie zutreffen, kreuzen Sie diese bitte an und bewerten Sie, wie belastend Sie derzeit empfunden werden:

- |   |  |  |                                  |                                    |  |
|---|--|--|----------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Müdigkeit</b>                     | <input type="checkbox"/> gar nicht belastend | <input type="checkbox"/> nicht belastend | <input type="checkbox"/> neutral | <input type="checkbox"/> belastend | <input type="checkbox"/> sehrbelastend |
| <input type="checkbox"/> <b>Magenprobleme</b>                 | <input type="checkbox"/> gar nicht belastend | <input type="checkbox"/> nicht belastend | <input type="checkbox"/> neutral | <input type="checkbox"/> belastend | <input type="checkbox"/> sehrbelastend |
| <input type="checkbox"/> <b>Knieprobleme</b>                  | <input type="checkbox"/> gar nicht belastend | <input type="checkbox"/> nicht belastend | <input type="checkbox"/> neutral | <input type="checkbox"/> belastend | <input type="checkbox"/> sehrbelastend |
| <input type="checkbox"/> <b>Rückenprobleme</b>                | <input type="checkbox"/> gar nicht belastend | <input type="checkbox"/> nicht belastend | <input type="checkbox"/> neutral | <input type="checkbox"/> belastend | <input type="checkbox"/> sehrbelastend |
| <input type="checkbox"/> <b>häufige Erkältungskrankheiten</b> | <input type="checkbox"/> gar nicht belastend | <input type="checkbox"/> nicht belastend | <input type="checkbox"/> neutral | <input type="checkbox"/> belastend | <input type="checkbox"/> sehrbelastend |
| <input type="checkbox"/> <b>Nervosität</b>                    | <input type="checkbox"/> gar nicht belastend | <input type="checkbox"/> nicht belastend | <input type="checkbox"/> neutral | <input type="checkbox"/> belastend | <input type="checkbox"/> sehrbelastend |

**Im Folgenden finden Sie Feststellungen, die sich auf verschiedene Bereiche Ihres Lebens und Ihre Zufriedenheit damit beziehen.**

**Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, in welchem Ausmaß Sie mit dem jeweiligen Bereich zufrieden sind.**

**Kurz zu ihrem momentanen Befinden:**

Wie fühlen sie sich im Moment?

sehr gut     gut     eher gut     eher schlecht     schlecht     sehr schlecht

**Es gibt sieben verschiedene Antwortmöglichkeiten, drei zustimmende und drei ablehnende Antworten sowie eine neutrale Antwort. Kreuzen Sie bitte das für Sie entsprechende Kästchen an.**

**Beantworten Sie alle Fragen und entscheiden Sie sich zügig für eine Antwort!**

<b>GESUNDHEIT</b>	sehr unzu-frieden	unzu-frieden	eher unzu-frieden	weder/ noch	eher zu-frieden	zu-frieden	sehr zu-frieden
Mit meinem körperlichen Gesundheitszustand bin ich ...							
Mit meiner seelischen Verfassung bin ich ...							
Mit meiner körperlichen Verfassung bin ich ...							
Mit meiner geistigen Leistungsfähigkeit bin ich ...							
Mit meiner Widerstandskraft gegen Krankheiten bin ich ...							
Wenn ich daran denke, wie häufig ich Schmerzen habe, dann bin ich ...							
Wenn ich daran denke, wie oft ich bisher krank gewesen bin, dann bin ich ...							

<b>BERUF</b>	sehr unzu-frieden	unzu-frieden	eher unzu-frieden	weder/ noch	eher zu-frieden	zu-frieden	sehr zu-frieden
Mit meiner Position an meiner Arbeitsstelle bin ich ...							
Wenn ich daran denke, wie sicher meine berufliche Zukunft ist, bin ich ...							
Mit den Erfolgen, die ich in meinem Beruf habe, bin ich ...							
Mit den Aufstiegsmöglichkeiten, die ich an meinem Arbeitsplatz habe, bin ich ...							
Mit dem Betriebsklima an meinem Arbeitsplatz bin ich ...							
Was das Ausmaß meiner beruflichen Anforderungen und Belastungen betrifft, bin ich ...							
Mit der Abwechslung, die mir mein Beruf bietet, bin ich ...							

<b>FINANZIELLE LAGE</b>	sehr unzu-frieden	unzu-frieden	eher unzu-frieden	weder/ noch	eher zu-frieden	zu-frieden	sehr zu-frieden
Mit meinem Einkommen/Lohn/mir zur Verfügung stehenden Geldbetrag bin ich							
Mit dem was, ich besitze bin ich ...							
Mit meiner finanziellen Unabhängigkeit bin ich ...							
Mit der Art wie ich mit Geld umgehe bin ich ...							
Mit meinem Lebensstandard bin ich ...							
Mit der Sicherung meiner wirtschaftlichen Existenz bin ich ...							
Mit meinen zukünftigen Verdienstmöglichkeiten bin ich ...							
Mit meiner voraussichtlichen (finanziellen) Alterssicherung bin ich ...							

<b>FREIZEIT</b>	sehr unzu-frieden	unzu-frieden	eher unzu-frieden	weder/ noch	eher zu-frieden	zu-frieden	sehr zu-frieden
Mit der Länge meines Jahresurlaubs bin ich ...							
Mit der Länge meines Feierabends und meiner Wochenenden bin ich ...							
Mit dem Erholungswert meines Jahresurlaubs bin ich ...							
Mit dem Erholungswert meiner Feierabende und meiner Wochenenden bin ich ...							
Mit der Menge der Zeit, die ich für meine Hobbys zur Verfügung habe, bin ich ...							
Mit der Zeit, die ich mich den mir nahe stehenden Personen widmen kann, bin ich ...							
Mit der Abwechslung in meiner Freizeit bin ich ...							

<b>EHE UND PARTNERSCHAFT (ohne Partnerschaft bitte überspringen)</b>	sehr unzu-frieden	unzu-frieden	eher unzu-frieden	weder/ noch	eher zu-frieden	zu-frieden	sehr zu-frieden
Mit den Anforderungen, die meine Ehe/Partnerschaft an mich stellt, bin ich.							
Mit unseren gemeinsamen Unternehmungen bin ich ...							
Mit der Ehrlichkeit und Offenheit meines Partners bin ich ...							
Mit dem Verständnis, das mir mein Partner entgegenbringt, bin ich ...							
Mit der Zärtlichkeit und Zuwendung, die mir mein Partner entgegenbringt bin ich.							
Mit der Geborgenheit, die mir mein Partner gibt, bin ich ...							
Mit der Hilfsbereitschaft, die mir mein Partner entgegenbringt, bin ich ...							

<b>BEZIEHUNG ZU DEN EIGENEN KINDERS</b> (nur ausfüllen wenn sie eigene Kinder haben) – wenn sie ein Kind haben, bitte die Mehrzahl übersehen	sehr unzu-frieden	unzu-frieden	eher unzu-frieden	weder/ noch	eher zu-frieden	zu-frieden	sehr zu-frieden
Wenn ich daran denke, wie meine Kinder und ich miteinander auskommen, bin ich							
Wenn ich an das schulische und berufliche Fortkommen meiner Kinder denke, bin ich ...							
Wenn ich daran denke, wie viel Freude ich mit meinen Kindern habe, bin ich ...							
Mit dem Einfluss, den ich auf meine Kinder habe, bin ich ...							
Mit meiner Vorbildrolle bin ich ...							
Mit der Anerkennung, die mir meine Kinder entgegenbringen bin ich ...							
Mit unseren gemeinsamen Unternehmungen bin ich ...							
Wenn ich an die Mühen und Kosten denke, die mich meine Kinder gekostet haben, bin ich							

<b>EIGENE PERSON</b>	sehr unzu-frieden	unzu-frieden	eher unzu-frieden	weder/ noch	eher zu-frieden	zu-frieden	sehr zu-frieden
Mit meinen Fähigkeiten und Fertigkeiten bin ich ...							
Mit der Art, wie ich mein Leben bisher gelebt habe, bin ich ...							
Mit meiner äußeren Erscheinung bin ich ...							
Mit meinem Selbstvertrauen und meiner Selbstsicherheit bin ich ...							
Mit der Verwirklichung meine Träume bin ich ...							
Mit meiner charakterlichen Eigenart/meinem Wesen bin ich ...							
Mit der Erreichung meiner Ziele bin ich ...							
Wenn ich daran denke, wie ich mit anderen auskomme, bin ich ...							
Mit meiner Vitalität (d.h. Lebenskraft und Lebensfreude) bin ich ...							

<b>SEXUALITÄT</b>	sehr unzu-frieden	unzu-frieden	eher unzu-frieden	weder/ noch	eher zu-frieden	zu-frieden	sehr zu-frieden



Mit meiner körperlichen Attraktivität bin ich ...							
Mit meiner sexuellen Leistungsfähigkeit bin ich ...							
Mit der Häufigkeit meiner sexuellen Kontakte bin ich ...							
Mit der Häufigkeit, mit der mein Partner sich mir körperlich zuwendet (streichelt, berührt), bin ich ...							
Mit meinen sexuellen Reaktionen bin ich							
Wenn ich daran denke, wie unbefangen ich über den sexuellen Bereich reden kann, bin ich ...							
Wenn ich daran denke, inwiefern der Partner und ich in der Sexualität harmonieren, bin ich ...							

<b>FREUNDE, VERWANDTE</b>	sehr unzu-frieden	unzu-frieden	eher unzu-frieden	weder/ noch	eher zu-frieden	zu-frieden	sehr zu-frieden
Wenn ich an meinen Freundes- und Bekanntenkreis denke, bin ich ...							
Mit dem Kontakt zu meinen Verwandten bin ich ...							
Mit dem Kontakt zu meinen Nachbarn bin ich ...							
Mit der Unterstützung durch Freunde und Bekannte bin ich ...							
Mit der Unterstützung durch meine Verwandten bin ich ...							
Mit meinen Außen- und gemeinschaftlichen Aktivitäten bin ich..							
Mit meinem gesellschaftlichen Engagement bin ich ...							
Wenn ich daran denke, wie oft ich unter die Leute komme, bin ich ...							

<b>WOHNUNG</b>	sehr unzu-frieden	unzu-frieden	eher unzu-frieden	weder/ noch	eher zu-frieden	zu-frieden	sehr zu-frieden
Mit der Größe meiner Wohnung (meines Zimmers), bin ich ...							
Mit dem Zustand meiner Wohnung bin ich							
Mit den Ausgaben (Miete, Abzahlung) bin ich ...							
Mit der Lage meiner Wohnung bin ich ...							
Mit der Anbindung an Verkehrsmittel bin ich ...							
Wenn ich an den Grad der Lärmbe-lästigung denke, bin ich mit meiner Wohnung ...							
Mit dem Standard meiner Wohnung bin ich ...							

Code \_\_\_\_\_ Vorname Mutter \_\_\_\_\_ Geburtsjahr Vater \_\_\_\_\_

## Fragebogen zur Untersuchung über die Auswirkung von Shiatsu Teil 2

Wie Sie schon wissen wollen wir im Zuge unserer Diplomarbeit in Psychologie untersuchen, wie sich Hara-Shiatsu auf das Körperkonzept, die Lebenszufriedenheit und die allgemeine körperliche und geistige Befindlichkeit von Menschen mit Bulimie auswirkt. Sie haben jetzt ca. 10 Shiatsubehandlungen hinter sich, und wir wollen nun wissen, was Sie über Shiatsu denken und ob sich durch die Behandlungen bei Ihnen etwas verändert hat. Wir bitten Sie, den vorliegenden Fragebogen auszufüllen, der wieder etwa 45 Minuten dauert. Bitte nehmen Sie sich in Ruhe Zeit für die Beantwortung der Fragen.

Ihre Daten und Angaben bleiben natürlich anonym. **Bitte tragen Sie jetzt rechts oben das Codewort ein**, und zwar **zuerst den Vornamen Ihrer Mutter und dann das Geburtsjahr Ihres Vaters** (Beispiel: Maria1942). Das ist wichtig, damit wir Ihren ersten und zweiten Fragebogen in der Auswertung zusammenführen können.

Nach Ausfüllen des Fragebogens werfen Sie ihn bitte in die von uns bereitgestellte Sammelbox im Wartebereich im 2.Stock.

○ **Sie haben einige Shiatsubehandlungen erhalten. Wir würden gerne wissen, was Sie über Shiatsu denken und welche Erfahrungen Sie machen konnten. Wenn Sie zur Beantwortung mehr Platz benötigen, dann schreiben sie bitte auf der Rückseite, und kennzeichnen die Antworten mit den jeweiligen Fragennummern.**

1. Wie haben Sie die Shiatsubehandlungen empfunden?

---

---

2. Was für Erfahrungen konnten Sie machen, die Sie auf die Shiatsuthérapie zurückführen?

---

---

3. Hat sich durch die Shiatsubehandlungen bei Ihnen etwas verändert, wenn ja was:

---

---

4. Was denken Sie über Shiatsu? Würden Sie es anderen Menschen weiterempfehlen?

---

---

5. Was für andere Faktoren haben in den letzten Wochen zur Veränderung Ihres Allgemeinzustandes beigetragen (Verlieben, Psychotherapie, Krisen, etc.)?

---

---

○ Ein paar Fragen zu Ihrer Essstörung

Beachten Sie bitte bei der Beantwortung der folgenden Frage, dass sich ein Fressanfall nur auf das Essen von Nahrungsmengen bezieht, die andere Personen Ihrer Altersgruppe und Ihres Geschlechtes als ungewöhnlich groß ansehen. Nicht gemeint sind jene Fälle, in denen Sie eine normale Nahrungsmenge zu sich genommen haben, es aber lieber nicht getan hätten.

9. **Wie viele Fressanfälle** hatten sie durchschnittlich während der **letzten zwei Monate**?

Keine gelegentlich(situationsabhängig) 0-3 Tage/Woche 4-6 Tage/Woche täglich

10. **Wie oft** haben sie durchschnittlich während der **letzten zwei Monate Erbrechen selbst herbeigeführt**?

Nie gelegentlich(situationsabhängig) 0-3 Tage/Woche 4-6 Tage/Woche täglich

11. **Wie oft** haben Sie während der **letzten zwei Monate** durchschnittlich **Abführmittel zur Gewichtskontrolle** genommen?

Keine gelegentlich(situationsabhängig) 0-3 Tage/Woche 4-6 Tage/Woche täglich

12. **Wie oft** haben sie während der **letzten zwei Monate** durchschnittlich **Appetitzügler** genommen?

Keine gelegentlich(situationsabhängig) 0-3 Tage/Woche 4-6 Tage/Woche täglich

13. Haben Sie sich in den **letzten zwei Monaten absichtlich** mit einem scharfen oder spitzen Gegenstand **verletzt** oder sich auf eine andere Weise körperlichen Schaden zugefügt?

Nein gelegentlich(situationsabhängig) 0-3 Tage/Woche 4-6 Tage/Woche täglich

14. Haben Sie in den **letzten zwei Monaten Alkohol getrunken**?

Nein gelegentlich(situationsabhängig) 0-3 Tage/Woche 4-6 Tage/Woche täglich

15. Haben Sie in den **letzten zwei Monaten andere Drogen** zu sich genommen?

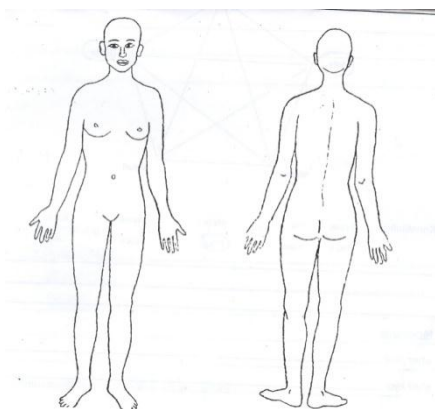
Nein gelegentlich(situationsabhängig) 0-3 Tage/Woche 4-6 Tage/Woche täglich

16. Wieviele **normale Mahlzeiten** nehmen sie **täglich** im Schnitt zu sich, denken Sie dabei an die letzten 3 Tage:

\_\_\_\_\_ Hauptmahlzeiten pro Tag \_\_\_\_\_ Zwischenmahlzeiten pro Tag

Meine **Hauptmahlzeiten** nehme ich normalerweise ein: morgens mittags abends nachts

○ Jetzt interessiert uns noch Ihr körperlicher und seelischer Allgemeinzustand:



17. **Bitte nennen Sie Ihre 3 körperlichen/seelischen Hauptbeschwerden**, und wie belastend Sie diese empfinden. Sie können diese auch im Körper einzeichnen:

1. \_\_\_\_\_

gar nicht belastend nicht belastend neutral belastend sehr belastend

2. \_\_\_\_\_

gar nicht belastend nicht belastend neutral belastend sehr belastend

3. \_\_\_\_\_

gar nicht belastend nicht belastend neutral belastend sehr belastend

18. **Wie oft** haben Sie **in der letzten Woche Sport betrieben**(einschließlich Tanzen, Spaziergänge, Radfahren)?

Wenn Sie mehr als einmal pro Tag Sport betreiben, zählen Sie bitte jedes einzelne Mal: \_\_\_\_\_ Mal/Woche

Wie lange dauert eine solche körperliche Betätigung im Durchschnitt? \_\_\_\_\_ Minuten

19. Mein **Schlaf** ist:

sehr gut     gut     neutral     schlecht     sehr schlecht

20. Wenn sich bezüglich Ihres Schlafes in den letzten zwei Monaten etwas verändert hat, was hat sich verändert?

21. **Entspannen** kann ich mich:

sehr gut     gut     neutral     schlecht     sehr schlecht

22. Wenn sich bezüglich Ihrer Entspannung etwas verändert hat, was hat sich verändert?

23. Meine **Verdauung** funktioniert:

sehr gut     gut     neutral     schlecht     sehr schlecht

24. Wenn sich bezüglich Ihrer Verdauung etwas verändert hat, was hat sich verändert?

25. Mein **Stuhlgang** ist:

sehr gut     gut     neutral     schlecht     sehr schlecht

26. Wenn sich bezüglich Ihres Stuhlgangs etwas verändert hat, was hat sich verändert?

27. Mein **Temperaturhaushalt** funktioniert:

sehr gut     gut     neutral     schlecht     sehr schlecht

28. Wenn sich bezüglich Ihres Temperaturhaushalts etwas verändert hat, was hat sich verändert?

29. Meine **Menstruation** ist

sehr gut     gut     neutral     schlecht     sehr schlecht

30. Wenn sich bezüglich Ihrer Menstruation etwas verändert hat, was hat sich verändert?

31. Fühlten sie sich in den **letzten zwei Monaten traurig und ihre Stimmung war depressiv**?

nie    selten    öfters    häufig    sehr häufig

32. Hatten Sie in den **letzten zwei Monaten Ängste, die über das normale Maß hinausgehen**?

nie    selten    öfters    häufig    sehr häufig

33. Wenn eine oder mehrere der folgenden Beschwerden auf sie zutreffen, kreuzen Sie diese bitte an und bewerten Sie, wie belastend Sie derzeit empfunden werden:

**Müdigkeit**    gar nicht belastend    nicht belastend    neutral    belastend     sehrbelastend

**Magenprobleme**                                        gar nicht belastend    nicht belastend    neutral    belastend     sehrbelastend

**Knieprobleme**    gar nicht belastend    nicht belastend    neutral    belastend     sehrbelastend

**Rückenprobleme**                                        gar nicht belastend    nicht belastend    neutral    belastend     sehrbelastend

**häufige Erkältungskrankheiten** gar nicht belastend    nicht belastend    neutral    belastend     sehrbelastend

**Nervosität**    gar nicht belastend    nicht belastend    neutral    belastend     sehrbelastend

**Im Folgenden finden Sie Feststellungen, die sich auf verschiedene Bereiche Ihres Lebens und Ihre Zufriedenheit damit beziehen.**

**Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, in welchem Ausmaß Sie mit dem jeweiligen Bereich zufrieden sind.**

**Kurz zu ihrem momentanen Befinden:**

Wie fühlen sie sich im Moment?

sehr gut     gut     eher gut     eher schlecht     schlecht     sehr schlecht

**Es gibt sieben verschiedene Antwortmöglichkeiten, drei zustimmende und drei ablehnende Antworten sowie eine neutrale Antwort. Kreuzen Sie bitte das für Sie entsprechende Kästchen an.**

**Beantworten Sie alle Fragen und entscheiden Sie sich zügig für eine Antwort!**

<b>GESUNDHEIT</b>	sehr unzu-frieden	unzu-frieden	eher unzu-frieden	weder/ noch	eher zu-frieden	zu-frieden	sehr zu-frieden
Mit meinem körperlichen Gesundheitszustand bin ich ...							
Mit meiner seelischen Verfassung bin ich ...							
Mit meiner körperlichen Verfassung bin ich ...							
Mit meiner geistigen Leistungsfähigkeit bin ich ...							
Mit meiner Widerstandskraft gegen Krankheiten bin ich ...							
Wenn ich daran denke, wie häufig ich Schmerzen habe, dann bin ich ...							
Wenn ich daran denke, wie oft ich bisher krank gewesen bin, dann bin ich ...							

<b>BERUF</b>	sehr unzu-frieden	unzu-frieden	eher unzu-frieden	weder/ noch	eher zu-frieden	zu-frieden	sehr zu-frieden
Mit meiner Position an meiner Arbeitsstelle bin ich ...							
Wenn ich daran denke, wie sicher meine berufliche Zukunft ist, bin ich ...							
Mit den Erfolgen, die ich in meinem Beruf habe, bin ich ...							
Mit den Aufstiegsmöglichkeiten, die ich an meinem Arbeitsplatz habe, bin ich ...							
Mit dem Betriebsklima an meinem Arbeitsplatz bin ich ...							
Was das Ausmaß meiner beruflichen Anforderungen und Belastungen betrifft, bin ich ...							
Mit der Abwechslung, die mir mein Beruf bietet, bin ich ...							

<b>FINANZIELLE LAGE</b>	sehr unzu-frieden	unzu-frieden	eher unzu-frieden	weder/ noch	eher zu-frieden	zu-frieden	sehr zu-frieden
Mit meinem Einkommen/Lohn/mir zur Verfügung stehenden Geldbetrag bin ich							
Mit dem was, ich besitze bin ich ...							
Mit meiner finanziellen Unabhängigkeit bin ich ...							
Mit der Art wie ich mit Geld umgehe bin ich ...							
Mit meinem Lebensstandard bin ich ...							
Mit der Sicherung meiner wirtschaftlichen Existenz bin ich ...							
Mit meinen zukünftigen Verdienstmöglichkeiten bin ich ...							
Mit meiner voraussichtlichen (finanziellen) Alterssicherung bin ich ...							

<b>FREIZEIT</b>	sehr unzu-frieden	unzu-frieden	eher unzu-frieden	weder/ noch	eher zu-frieden	zu-frieden	sehr zu-frieden
Mit der Länge meines Jahresurlaubs bin ich ...							
Mit der Länge meines Feierabends und meiner Wochenenden bin ich ...							
Mit dem Erholungswert meines Jahresurlaubs bin ich ...							
Mit dem Erholungswert meiner Feierabende und meiner Wochenenden bin ich ...							
Mit der Menge der Zeit, die ich für meine Hobbys zur Verfügung habe, bin ich ...							
Mit der Zeit, die ich mich den mir nahe stehenden Personen widmen kann, bin ich ...							
Mit der Abwechslung in meiner Freizeit bin ich ...							

<b>EHE UND PARTNERSCHAFT (ohne Partnerschaft bitte überspringen)</b>	sehr unzu-frieden	unzu-frieden	eher unzu-frieden	weder/ noch	eher zu-frieden	zu-frieden	sehr zu-frieden
Mit den Anforderungen, die meine Ehe/Partnerschaft an mich stellt, bin ich.							
Mit unseren gemeinsamen Unternehmungen bin ich ...							
Mit der Ehrlichkeit und Offenheit meines Partners bin ich ...							
Mit dem Verständnis, das mir mein Partner entgegenbringt, bin ich ...							
Mit der Zärtlichkeit und Zuwendung, die mir mein Partner entgegenbringt bin ich.							
Mit der Geborgenheit, die mir mein Partner gibt, bin ich ...							
Mit der Hilfsbereitschaft, die mir mein Partner entgegenbringt, bin ich ...							

<b>BEZIEHUNG ZU DEN EIGENEN KINDERS</b> (nur ausfüllen wenn sie eigene Kinder haben) – wenn sie ein Kind haben, bitte die Mehrzahl übersehen	sehr unzu-frieden	unzu-frieden	eher unzu-frieden	weder/ noch	eher zu-frieden	zu-frieden	sehr zu-frieden
Wenn ich daran denke, wie meine Kinder und ich miteinander auskommen, bin ich							
Wenn ich an das schulische und berufliche Fortkommen meiner Kinder denke, bin ich ...							
Wenn ich daran denke, wie viel Freude ich mit meinen Kindern habe, bin ich ...							
Mit dem Einfluss, den ich auf meine Kinder habe, bin ich ...							
Mit meiner Vorbildrolle bin ich ...							
Mit der Anerkennung, die mir meine Kinder entgegenbringen bin ich ...							
Mit unseren gemeinsamen Unternehmungen bin ich ...							
Wenn ich an die Mühen und Kosten denke, die mich meine Kinder gekostet haben, bin ich							

<b>EIGENE PERSON</b>	sehr unzu-frieden	unzu-frieden	eher unzu-frieden	weder/ noch	eher zu-frieden	zu-frieden	sehr zu-frieden
Mit meinen Fähigkeiten und Fertigkeiten bin ich ...							
Mit der Art, wie ich mein Leben bisher gelebt habe, bin ich ...							
Mit meiner äußeren Erscheinung bin ich ...							
Mit meinem Selbstvertrauen und meiner Selbstsicherheit bin ich ...							
Mit der Verwirklichung meine Träume bin ich ...							
Mit meiner charakterlichen Eigenart/meinem Wesen bin ich ...							
Mit der Erreichung meiner Ziele bin ich ...							
Wenn ich daran denke, wie ich mit anderen auskomme, bin ich ...							
Mit meiner Vitalität (d.h. Lebenskraft und Lebensfreude) bin ich ...							

<b>SEXUALITÄT</b>	sehr unzu-frieden	unzu-frieden	eher unzu-frieden	weder/ noch	eher zu-frieden	zu-frieden	sehr zu-frieden

Mit meiner körperlichen Attraktivität bin ich ...							
Mit meiner sexuellen Leistungsfähigkeit bin ich ...							
Mit der Häufigkeit meiner sexuellen Kontakte bin ich ...							
Mit der Häufigkeit, mit der mein Partner sich mir körperlich zuwendet (streichelt, berührt), bin ich ...							
Mit meinen sexuellen Reaktionen bin ich							
Wenn ich daran denke, wie unbefangen ich über den sexuellen Bereich reden kann, bin ich ...							
Wenn ich daran denke, inwiefern der Partner und ich in der Sexualität harmonieren, bin ich ...							

<b>FREUNDE, VERWANDTE</b>	sehr unzu-frieden	unzu-frieden	eher unzu-frieden	weder/ noch	eher zu-frieden	zu-frieden	sehr zu-frieden
Wenn ich an meinen Freundes- und Bekanntenkreis denke, bin ich ...							
Mit dem Kontakt zu meinen Verwandten bin ich ...							
Mit dem Kontakt zu meinen Nachbarn bin ich ...							
Mit der Unterstützung durch Freunde und Bekannte bin ich ...							
Mit der Unterstützung durch meine Verwandten bin ich ...							
Mit meinen Außen- und gemeinschaftlichen Aktivitäten bin ich..							
Mit meinem gesellschaftlichen Engagement bin ich ...							
Wenn ich daran denke, wie oft ich unter die Leute komme, bin ich ...							

<b>WOHNUNG</b>	sehr unzu-frieden	unzu-frieden	eher unzu-frieden	weder/ noch	eher zu-frieden	zu-frieden	sehr zu-frieden
Mit der Größe meiner Wohnung (meines Zimmers), bin ich ...							
Mit dem Zustand meiner Wohnung bin ich							
Mit den Ausgaben (Miete, Abzahlung) bin ich ...							
Mit der Lage meiner Wohnung bin ich ...							
Mit der Anbindung an Verkehrsmittel bin ich ...							
Wenn ich an den Grad der Lärmbe-lästigung denke, bin ich mit meiner Wohnung ...							
Mit dem Standard meiner Wohnung bin ich ...							



# Curriculum Vitae

## **Persönliche Daten:**

Name: Carina Markes  
geboren am: 18.10. 1979 in Wien  
Familienstand: verheiratet  
Tochter Jana, geb. 14.3.2005  
Sohn Laurin, geb. 23.1.2008

## **Schulbildung:**

06/98 Matura im BRG – Schmelz

## **Studium:**

SS 1999 Biologie AHStG  
WS99 – SS 02 Psychologie AHStG  
WS 02 – SS 12 Diplomstudium Psychologie UniStG  
Diplomarbeit: Die Effekte von Hara-Shiatsu auf die Lebenszufriedenheit von Menschen mit Bulimia nervosa  
seit SS 03 Diplomstudium Kultur- und Sozialanthropologie UniStG

## **Praktikum:**

SS 04 Institut „So What“ für Menschen mit Essstörungen

## **Ausbildung:**

10/99 – 06/02 Hara-Shiatsu Ausbildung bei Tomas Nelissen  
01/01 – 03/01 Praktikum Geriatrie; Haus Neubau Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser  
01/02 – 03/02 Praktikum : Krankenanstaltenverband Korneuburg-Stockerau  
09/02 – 06/04 Assistententätigkeit an der Hara-Shiatsu-Schule

### **Auslandserfahrung:**

- 09/98 – 02/99    Advanced English Course/ Aspect International Language School, Sydney;  
*Australia*
- 09/02            Praktikum der Akupunktur und chin. Pharmakologie;  
Zhejiang International Exchange Center of TCM, Hangzhou, *China*
- 07/03            Ayurveda Massage/ Kailas School of Yoga and Massage;  
Dharamshala; *Indien*
- 07/03            Reiki Kurs First Degree; McLeodganj; *Indien*

### **Berufliche Tätigkeit:**

- 03/99 – 06/02    Manpower  
Entertainment Company - Catering  
Promotionstätigkeit "Media und Mehr"  
Callcenter - TeleBiz - Telemarketing und Vertriebsmanagement GesmbH  
U4-Fitness-Center
- seit 06/02        als Shiatsu-Praktikerin in freier Praxis tätig

### **Weiterbildungen:**

- 11/03 – 06/04    Supervision bei Dr. Veber
- 11/06            „40 Tage für Mutter und Kind“: Chinesische Wochenbetttherapie mit  
Arzneikräuterspeisen und Übungen, Massagen und Akupressur bei  
Günter Neeb
- 10/10– 02/11    „Geistseelen“ Thomas Dinter
- 03/11            „Well Mother“ – Einführungsseminar bei Suzanne Yates
- 04/11 – 06/11    „Babyshiatsu 1 und 2“ – Karin Kalbantner-Wernicke
- 10/11            Europäischer Shiatsu Kongress (Schweiz)
- 02/12            „Herz-Hirn-Hara Integration“ – Jörg Schürpf